

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI  
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI**

**ANKSİYETE DUYARLILIĞININ VE SOSYAL ANKSİYETEYE EŞLİK  
EDEN ANKSİYETE DUYARLILIĞININ AZALTILMASINDA  
BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI MÜDAHALE PROGRAMININ ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Ayşe KALYON**

**TRABZON  
Haziran, 2018**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI  
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİLİM DALI**

**ANKSİYETE DUYARLILIĞININ VE SOSYAL ANKSİYETEYE EŞLİK  
EDEN ANKSİYETE DUYARLILIĞININ AZALTILMASINDA  
BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI MÜDAHALE PROGRAMININ ETKİSİ**

**Ayşe KALYON**

**Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü'nce Doktora Unvanı  
Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

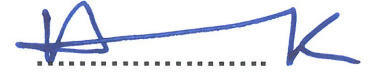
**Tezin Danışmanı  
Prof. Dr. Hikmet YAZICI**

**TRABZON  
Haziran, 2018**

KTÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı'nda DOKTORA tezi olarak kabul edilmiştir. 29 / 06 / 2018

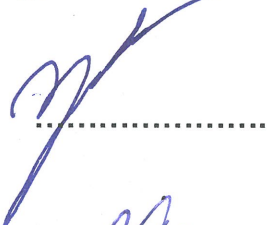
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Hikmet YAZICI



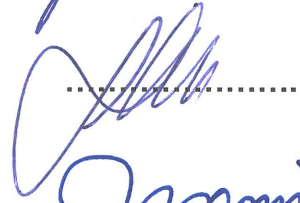
Üye : Prof. Dr. Mustafa KOÇ



Üye : Prof. Dr. Mustafa ŞAHİN



Üye : Doç. Dr. Fikret GÜLAÇTI



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yasin ÖZTÜRK



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Nevzat YİĞİT  
Enstitü Müdür V.

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Tezimin içerdiği yenilik ve sonuçları başka bir yerden almadığımı; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalardan bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı, tez yazım yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada kullanılan her türlü kaynağa eksiksiz atıf yaptığımı ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi, ayrıca bu çalışmanın Karadeniz Teknik Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonuca razı olduğumu bildiririm.

Ayşe KALYON  
29 / 06 / 2018

## ÖN SÖZ

Anksiyete insanın tabiatında var olan ve ölümüne kadar bireyi takip eden bir duygudur. Uyarıcı, tetikleyici ve güdüleyici bir işlevi olan bu duygu bireye kendini koruması, eyleme geçmesi ve planlarını gerçekleştirmesi için sinyaller gönderir. Anksiyete, kişisel, sosyal, akademik veya mesleki işlevselliği bozacak düzeyde anormal sınırlara ulaştığında ise psikolojik problemliliğe ve ruhsal sıkıntılara davetiye çıkarır. Bireyin düşünce, duygu ve davranışlarına bunaltıcı bir şekilde sirayet eder. Birey yoğun huzursuzlukla karakterize bu döngüden çıkabilmek için de psikolojik bir desteğe ihtiyaç duyar. Bu amaçla bu çalışmada anormal anksiyetenin gelişimi ve sürdürülmesinde etkisi olan değişkenlerden biri olan anksiyete duyarlılığının azaltılmasına yönelik bilişsel-davranışçı terapiye dayalı bir müdahale programının etkililiği sınanmıştır.

Çalışmanın hazırlanması sürecinde desteklerine ihtiyaç duyduğum insanları yanımda bulmak çalışmanın şekillenmesinde önemli katkılar sağlamıştır. Bu bağlamda teşekkürlerimi sunmak istediğim kişiler vardır. Öncelikle lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca öğrencisi olduğum ve kendisinden çok şey öğrendiğim, akademik ve mesleki gelişimimde önemli bir payı bulunan, bilgisi, donanımı ve tecrübeleriyle bana katkı sağlayan çok kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Hikmet YAZICI'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Bu araştırmanın başlangıcından itibaren bilgi, donanım ve sağladıkları motivasyonla bana destek veren, değerli görüşleriyle bu çalışmanın şekillenmesine katkı sağlayan tez izleme komitemdeki değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa ŞAHİN ve Dr. Öğr. Üyesi Yasin ÖZTÜRK'e çok teşekkür ederim. Ayrıca, tezin son şeklini almasında önemli katkıları olan değerli jüri üyesi hocalarım Prof. Dr. Mustafa KOÇ ve Doç. Dr. Fikret GÜLAÇTI'ya çok teşekkür ederim.

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle akademik gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Hatice ODACI'ya ve desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Öğr. Gör. Harun KAHVECİ'ye çok teşekkür ederim. Eğitim hayatım boyunca üzerimde emeği bulunan bütün öğretmenlerim ve hocalarıma ayrı ayrı çok teşekkür ederim. Bu süreçte, samimi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli arkadaşlarım Dr. İbrahim DADANDI, İsmail BALCI, Arş. Gör. Fatih AYDIN, Dr. Öğr. Üyesi Fatih KOCA ve Arş. Gör. Pakize URFALI DADANDI'ya en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca, isimlerini tek tek sayamadığım, bölümümüz hocaları ile birlikte çalıştığım bütün araştırma görevlisi arkadaşlarıma samimi destekleri için teşekkür ederim.

Sağlamış olduğu bursla doktora eğitimim ve akademik gelişimime katkı sağlayan TÜBİTAK'a teşekkür ederim.

Hayatım boyunca maddi ve manevi olarak her zaman beni destekleyip yetişmemde büyük emek harcayan, varlıkları için şükran duyduğum, tüm sıcaklıkları ve fedakârlıklarıyla her zaman yanımda olan ve bana cesaret veren çok kıymetli babam ve çok değerli anneme teşekkürden öte şeyler borçluyum. Varlıklarıyla bana yaşama sevinci veren, birlik ve beraberlik duygusunu en derinlerde hissettiren sevgili kardeşlerime en içten teşekkürlerimi sunarım. Son olarak, samimi niyetleri ve güzel dilekleriyle yanımda olan ismini tek tek sayamadığım yakınlarıma ve tüm sevdiklerime çok teşekkür ederim.

Haziran, 2018  
Ayşe KALYON



## İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	VI
ÖZET.....	XI
ABSTRACT.....	XIII
TABLolar LİSTESİ.....	XV
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XVII
GRAFİKLER LİSTESİ .....	XVIII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIX
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1. 1. Araştırmanın Amacı.....	5
1. 2. Araştırmanın Denenceleri.....	5
1. 3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi.....	5
1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	7
1. 5. Araştırmanın Varsayımları.....	8
1. 6. Tanımlar .....	8
<b>2. LİTERATÜR TARAMASI.....</b>	<b>9</b>
2. 1. Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi .....	9
2. 1. 1. Anksiyete .....	9
2. 1. 1. 1. Anksiyete Kavramı.....	10
2. 1. 1. 2. Normal ve Anormal Anksiyete .....	12
2. 1. 1. 3. Anksiyete, Korku, Fobi ve Panik .....	13
2. 1. 1. 4. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar.....	15
2. 1. 1. 4. 1. Biyolojik Paradigma.....	15
2. 1. 1. 4. 2. Psikanalitik Paradigma.....	18
2. 1. 1. 4. 3. Davranışçı Paradigma.....	21
2. 1. 1. 4. 4. Diğer Yaklaşımlar .....	22
2. 1. 1. 4. 4. 1. Varoluşçu Yaklaşım .....	22
2. 1. 1. 4. 4. 2. Danışan Merkezli Yaklaşım .....	23
2. 1. 1. 4. 4. 3. Gestalt Yaklaşım .....	23
2. 1. 1. 4. 4. 4. Kişilerarası Terapi.....	24
2. 1. 1. 4. 5. Bilişsel-Davranışçı Paradigma .....	25

2. 1. 1. 4. 5. 1. Beck ve Ellis'in Modelleri .....	26
2. 1. 1. 5. Epidemiyoloji .....	28
2. 1. 1. 5. 1. Sıklık ve Yaygınlık.....	28
2. 1. 1. 5. 2. Anksiyeteye İlgili Çevresel Unsurlar ve Risk Faktörleri .....	29
2. 1. 1. 6. Anksiyeteye Başa Çıkma .....	31
2. 1. 1. 7. Anksiyete Bozuklukları .....	33
2. 1. 1. 7. 1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu .....	34
2. 1. 1. 7. 2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm) .....	34
2. 1. 1. 7. 3. Özgül Fobi .....	35
2. 1. 1. 7. 4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) .....	36
2. 1. 1. 7. 5. Panik Bozukluğu .....	37
2. 1. 1. 7. 6. Panik Atağı Belirleyicisi .....	38
2. 1. 1. 7. 7. Agorafobi .....	39
2. 1. 1. 7. 8. Yaygın Kaygı Bozukluğu .....	40
2. 1. 1. 7. 9. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu .....	41
2. 1. 1. 7. 10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu.....	41
2. 1. 1. 7. 11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu .....	41
2. 1. 1. 7. 12. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.....	42
2. 1. 2. Sosyal Anksiyete.....	42
2. 1. 2. 1. Sosyal Anksiyetenin Tanımı .....	43
2. 1. 2. 2. Sosyal Anksiyetenin Özellikleri .....	44
2. 1. 2. 3. Sosyal Anksiyetenin Nedenleri .....	46
2. 1. 2. 3. 1. Biyolojik Faktörler.....	46
2. 1. 2. 3. 1. 1. Genetik Yatkınlık .....	46
2. 1. 2. 3. 1. 2. Fizyolojik Faktörler.....	47
2. 1. 2. 3. 1. 3. Mizaç Bileşenleri.....	47
2. 1. 2. 3. 2. Gelişimsel Faktörler .....	48
2. 1. 2. 3. 2. 1. Bağlanma .....	48
2. 1. 2. 3. 2. 2. Ergenlik .....	49
2. 1. 2. 3. 3. Çevre ve Öğrenmeye Dayalı Yaşantılar .....	50
2. 1. 2. 3. 4. Kişisel Nedenler ve Algılamalar.....	51
2. 1. 2. 4. Sosyal Anksiyete ve Utangaçlık Arasındaki İlişki ve Farklılıklar .....	51
2. 1. 2. 5. Sosyal Anksiyete ve Sosyal Fobi Arasındaki İlişki ve Farklılıklar.....	52



2. 1. 2. 6. Sosyal Anksiyete ve Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki ve Farklılıklar .....	53
2. 1. 2. 7. Sosyal Anksiyete ve İlişkili Olduğu Diğer Bozukluklar (Sosyal Anksiyetede Eş Tanılar).....	53
2. 1. 2. 8. Sosyal Anksiyete Tedavisinde Kullanılan Temel Yaklaşımlar.....	54
2. 1. 2. 8. 1. İlaç Tedavisi.....	54
2. 1. 2. 8. 2. Davranışçı Yaklaşım .....	55
2. 1. 2. 8. 3. Bilişsel Yaklaşım .....	56
2. 1. 2. 8. 4. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım .....	57
2. 1. 2. 8. 4. 1. Sosyal Anksiyetenin Bilişsel-Davranışçı modeli .....	58
2. 1. 2. 8. 4. 2. Clark ve Wells'in Sosyal Anksiyete Modeli.....	60
2. 1. 3. Anksiyete Duyarlılığı .....	64
2. 1. 3. 1. Anksiyete Duyarlılığının Tanımı .....	66
2. 1. 3. 2. Anksiyete Bozuklukları İle İlişkisi .....	67
2. 1. 3. 3. Diğer Ruhsal Bozukluklar İle İlişkisi .....	68
2. 1. 3. 4. Anksiyete Duyarlılığını Azaltmada BDT'nin Kullanılması .....	69
2. 1. 4. Bilişsel-Davranışçı Terapiler.....	69
2. 1. 4. 1. Bilişsel (Kognitif) Model .....	70
2. 1. 4. 1. 1. Beck'in Bilişsel (Kognitif) Modeli.....	71
2. 1. 4. 1. 2. Ellis'in Modeli .....	72
2. 1. 4. 1. 3. Beck ve Ellis Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar.....	73
2. 1. 4. 2. Bilişsel-Davranışçı Model .....	74
2. 1. 4. 2. 1. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Gelişim Süreci .....	74
2. 1. 4. 2. 2. Bilişsel Terapi ile Davranışçı Terapinin Birleşmesi .....	75
2. 1. 4. 2. 3. Bilişsel-Davranışçı Terapideki Temel Kavramlar .....	76
2. 1. 4. 2. 4. Bilişsel-Davranışçı Terapi Süreci.....	76
2. 1. 4. 2. 5. Klinik İlk Değerlendirme .....	77
2. 1. 4. 2. 6. Vaka Formülasyonu .....	77
2. 1. 4. 2. 7. Bilişsel-Davranışçı Terapistin Özellikleri.....	78
2. 1. 4. 2. 8. Terapist-Danışan İlişkisi .....	78
2. 1. 4. 2. 9. Bilişsel Çarpıtmalar .....	79
2. 1. 4. 2. 10. Bilişsel-Davranışçı Terapi Modelinde Kullanılan Teknikler.....	80
2. 1. 4. 2. 10. 1. Bilişsel Teknikler.....	81
2. 1. 4. 2. 10. 1. 1. Sokratik Sorgulama .....	81

2. 1. 4. 2. 10. 1. 2. Otomatik Düşünceleri Sorgulama .....	82
2. 1. 4. 2. 10. 1. 3. Otomatik Düşüncelere Meydan Okuma .....	83
2. 1. 4. 2. 10. 1. 4. Bilişsel Yeniden Yapılandırma .....	84
2. 1. 4. 2. 10. 2. Davranışçı Teknikler .....	84
2. 1. 4. 2. 10. 2. 1. Sosyal Beceri Eğitimi .....	85
2. 1. 4. 2. 10. 2. 2. Atılganlık Eğitimi .....	86
2. 1. 4. 2. 10. 2. 3. Maruz Bırakma (Exposure) .....	87
2. 1. 4. 2. 10. 2. 4. Gevşeme Eğitimi .....	88
2. 1. 4. 2. 11. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Psiko-Eğitimsel Gruplarda Uygulanması .....	89
2. 1. 5. İlgili Araştırmalar .....	91
2. 1. 5. 1. Anksiyete Duyarlılığı ile İlişkili Faktörlere Yönelik Araştırmalar .....	91
2. 1. 5. 2. Anksiyete Duyarlılığının Bilişsel-Davranışçı Terapi İle Azaltılmasına İlişkin Araştırmalar .....	94
2. 1. 5. 3. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Etkililiğine Yönelik Araştırmalar .....	95
2. 2. Literatür Taramasının Sonucu .....	97
<b>3. YÖNTEM .....</b>	<b>101</b>
3. 1. Araştırmanın Modeli .....	101
3. 2. Araştırma Desenin Oluşturulma Sürecinde Dikkate Alınan İç ve Dış Geçerlilikler .....	103
3. 3. İşlem Yolu .....	107
3. 4. Araştırma Grubu .....	107
3. 4. 1. Pilot Çalışma .....	108
3. 4. 2. Asıl Çalışma .....	110
3. 5. Araştırmacı Yeterliği .....	113
3. 6. Veri Toplama Araçları .....	113
3. 6. 1. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) .....	113
3. 6. 2. Kısa Semptom Envanteri .....	114
3. 6. 3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği: .....	115
3. 6. 4. Kişisel Bilgi Formu .....	115
3. 7. Verilerin Analizi .....	115
3. 8. İzleme Çalışması .....	115
3. 9. Bilişsel-Davranışçı Temelli Anksiyete Duyarlılığını Azaltma Müdahale Programı .....	116

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>138</b>
4. 1. Pilot Çalışma .....	138
4. 1. 1. Pilot Uygulamaya Ait Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri.....	138
4. 1. 2. Bilişsel Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular.....	140
4. 1. 2. 1. Anksiyete Duyarlılığı Yüksek Grup İçin (Deney-1 ve Kontrol-1) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular .....	140
4. 1. 2. 2. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Düzeyi Yüksek Grup için (Deney-2 ve Kontrol-2) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular .....	142
4. 1. 3. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete İlişkisini Ortaya Koyan Bulgular.....	147
4. 2. Asıl Çalışma .....	149
4. 2. 1. Asıl Uygulamaya Ait Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri.....	149
4. 2. 2. Bilişsel Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular.....	151
4. 2. 2. 1. Anksiyete Duyarlılığı Yüksek Grup İçin (Deney-1 ve Kontrol-1) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular .....	151
4. 2. 2. 2. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Düzeyi Yüksek Grup için (Deney-2 ve Kontrol-2) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular .....	153
4. 2. 3. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete İlişkisini Ortaya Koyan Bulgular.....	160
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>162</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>169</b>
6. 1. Sonuçlar .....	169
6. 2. Öneriler .....	169
6. 2. 1. Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler .....	170
6. 2. 2. İleride Yapılabilecek Araştırmalara Yönelik Öneriler .....	170
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>172</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>226</b>
<b>9. ÖZ GEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ.....</b>	<b>263</b>

## ÖZET

### **Anksiyete Duyarlılığının ve Sosyal Anksiyeteye Eşlik Eden Anksiyete Duyarlılığının Azaltılmasında Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkisi**

Anksiyete psikolojik problemlere eşlik eden ve birçok psikopatolojik formun kökeninde yer alan temel belirtilerdendir. Normal sınırlar içerisindeki anksiyete bireyi harekete geçirici bir duygu olarak işlev görürken, anormal düzeydeki anksiyete bireyin kişisel, sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğini bozar. Bu durum anksiyeteye yol açan faktörlerin incelenmesi ve anksiyeteyi azaltmaya dönük müdahale programlarının geliştirilip uygulanması ile ilgili araştırmalara ivme kazandırmıştır. Anksiyete ile ilişkisi olan anksiyete duyarlılığı yüksek anksiyete duyularından korkma olarak ifade edilen bir durumdur. Bilişsel-davranışçı yaklaşım psikolojik belirtiler ve ruhsal problemlere müdahalede etkililiği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış bir müdahale yöntemidir. Bu yaklaşım anksiyeteye ilişkili sorunlarda da sıklıkla tercih edilmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, anksiyete duyarlılığının ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığının azaltılmasında bilişsel-davranışçı müdahale programının etkisini incelemektir.

Araştırma ilişkisel tarama ve ön test-son test-kontrol gruplu yarı deneysel desene göre tasarlanmıştır. Araştırmanın örneklemini üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın pilot uygulama aşaması için 710 kişiye (Kadın=515, Erkek=195), asıl uygulama aşaması için 920 kişiye (Kadın=684, Erkek=236) ölçek takımı uygulanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kısa Semptom Envanteri, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Bilgi Toplama Formu kullanılmıştır. Araştırmanın pilot ve asıl uygulamaları için iki deney ve iki kontrol grubu oluşturulmuştur. Araştırmada yer alan deney gruplarına bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı 10 oturum süren müdahale programı uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarından ön test-son test ve izleme ölçümleri alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, bilişsel-davranışçı müdahale programı anksiyete duyarlılığının azaltılması üzerinde etkilidir. Sosyal anksiyetesi ve anksiyete duyarlılığı yüksek bireylerden oluşan deney gruplarında anksiyete duyarlılığı azaldığında sosyal anksiyetenin de azaldığı görülmüştür. Bilişsel-davranışçı müdahale programının etkisi pilot uygulamada müdahale bittikten dört ay sonra; asıl uygulamada müdahale bittikten üç ve altı ay sonra devam etmiştir. Anksiyete duyarlılığının bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi yordama düzeyini belirlemek

amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde, kurulan regresyon modelinin sosyal anksiyetede ki toplam varyansın %18'ini anlamlı olarak açıkladığı bulunmuştur ( $p < .05$ ). Anksiyete duyarlılığının bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin modele katkısı istatistiksel olarak anlamlıdır. Elde edilen sonuçlar alan yazındaki ilgili çalışmalar çerçevesinde tartışılmış ve araştırma sonuçlarına dayalı olarak önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete Duyarlılığı, Anksiyete, Sosyal Anksiyete, Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım, Yarı Deneysel Desen, Psiko-Eğitimsel Müdahale



## **ABSTRACT**

### **The Effect of Cognitive Behavioral Intervention Program for Reducing Anxiety Sensitivity and Anxiety Sensitivity Accompanying Social Anxiety**

Anxiety is a main symptom that accompanies psychological problems and is considered as an origin of many psychopathological forms. Anxiety, within the normal limits, can serve as a motivational drive for human functioning; if the individual feel higher level anxiety, he/ she can have difficulties in maintaining personal, social, or occupational functioning during these problematic times. In this sense, it is critical to examine the role of cause-effect factors that might lead to anxiety and to develop necessary intervention and prevention programs to tackle with this problem. Therefore, there is growing research trend to scrutinize anxiety and its predictors. Anxiety sensitivity refers to the fear of anxiety related sensations. Growing body of research show the effectiveness of the cognitive-behavioral approaches on dealing with anxiety problems through effective intervention and prevention programs. In fact, the cognitive-behavioral approach is widely used to overcome anxiety related problems. The main goal of the current research is to examine the role of cognitive-behavioral intervention program in reducing anxiety sensitivity and anxiety sensitivity accompanying social anxiety.

The researcher use the correlational and pretest-posttest-control group quasi-experimental research design. The sample of the current study consists of university students. For the pilot study of the research the data were collected from 710 (Female = 515, Male = 195) college students, for the main study 920 college students (Female = 684, Male = 236) rated the set of inventory for data collection. The study employed Brief-Symptoms Inventory, Anxiety Sensitivity Index-3, Liebowitz Social Anxiety Scale, and Demographic Information Form. During the implementation process, the researcher selected two control and two experimental groups for both pilot and main studies. For the experimental groups, the researcher conducted a 10-weeks long cognitive-behavioral intervention program. Accordingly, the researcher employed pre-post tests and follow-up to collect the data.

The current research findings showed that the cognitive-behavioral intervention program had statistically and significantly effect on reducing anxiety sensitivity. In experimental groups consisting of individuals with high social anxiety and anxiety sensitivity, when the participants' anxiety sensitivity reduces during the intervention, there was also a decrease in their social anxiety as well. Follow-up findings yielded that the pilot group participants exhibit lower level anxiety sensitivity even after 4 months following the

intervention. For the main study, participants showed the same trend even after 3 to 6 months following the intervention. The multiple regression method was also used to examine the role of anxiety sensitivity (i.e., fear of social symptoms, fear of cognitive symptoms, and fear of physical symptoms) in social anxiety. The results demonstrated that the predictors explained 18 % variance of social anxiety ( $p < .05$ ). The current research limitations and future directions are discussed in the study.

**Keywords:** Anxiety Sensitivity, Anxiety, Social Anxiety, Cognitive-Behavioral Approach, Quasi-Experimental Design, Psycho-Educational Intervention



## TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Tablo Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
1.	Araştırma Deseni (Pilot Uygulama) .....	103
2.	Araştırma Deseni (Asıl Uygulama) .....	103
3.	Öğrencilerin Okudukları Programa Göre Dağılımı .....	108
4.	Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	108
5.	Deney ve Kontrol Grubu-1 (Pilot Uygulama-Anksiyete Duyarlılığı) .....	109
6.	Deney ve Kontrol Grubu-2 (Pilot Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete) .....	109
7.	Öğrencilerin Okudukları Programa Göre Dağılımı .....	110
8.	Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı .....	111
9.	Deney ve Kontrol Grubu-1 (Asıl Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı) .....	111
10.	Deney ve Kontrol Grubu-2 (Asıl Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete) .....	112
11.	Deney ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri .....	138
12.	Deney-1 ve Kontrol-1 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	140
13.	Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları .....	141
14.	Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	143
15.	Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları .....	144
16.	Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Sosyal Anksiyete Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	145
17.	Sosyal Anksiyete Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları .....	146



18.	ADİ-3'ün Alt Ölçekleri ile Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, Aralık ve Korelasyon Değerleri .....	148
19.	Sosyal Anksiyete Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi .....	148
20.	Deney ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri .....	149
21.	Deney-1 ve Kontrol-1 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	151
22.	Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları.....	152
23.	Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	154
24.	Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları.....	155
25.	Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Sosyal Anksiyete Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları .....	157
26.	Deney Grubu-2 için Sosyal Anksiyete Puanları Açısından Friedman Testi Sonuçları .....	158
27.	Deney Grubu-2 için Sosyal Anksiyete Puanları Açısından Wilcoxon Testi Sonuçları.....	158
28.	Kontrol Grubu-2'nin Sosyal Anksiyete Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları .....	159
29.	ADİ-3'ün Alt Ölçekleri ile Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, Aralık ve Korelasyon Değerleri.....	160
30.	Sosyal Anksiyete Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi .....	161

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Şekil Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
1.	Anksiyetenin bilişsel modeli.....	26
2.	Sosyal anksiyetenin A-B-C profili .....	60
3.	Sosyal anksiyetenin bilişsel modeli .....	62



## GRAFİKLER LİSTESİ

<u>Grafik No</u>	<u>Grafik Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
1.	Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	142
2.	Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	144
3.	Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının sosyal anksiyete öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	147
4.	Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	153
5.	Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	156
6.	Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının sosyal anksiyete öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları.....	159

## KISALTMALAR LİSTESİ

- AD** : Anksiyete Duyarlılığı  
**BD** : Bilişsel-Davranışçı  
**BDT** : Bilişsel-Davranışçı Terapi  
**DSM-5** : Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)  
**LSAÖ** : Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği  
**OKB** : Obsesif-Kompulsif Bozukluk  
**SAB** : Sosyal Anksiyete Bozukluğu  
**TSSB** : Travma Sonrası Stres Bozukluğu  
**YAB** : Yaygın Anksiyete Bozukluğu  
**AKB** : Ayrılma Kaygısı Bozukluğu  
**ADİ** : Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

## 1. GİRİŞ

Anksiyete, insan doğasının ve yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Bireyler günlük yaşamlarında anksiyete yaşayabilecekleri birçok durum ve stresörle karşılaşır. Bireyin yaşadığı anksiyete, karşılaştığı olayla veya durumla orantılı tepkileri içeriyorsa normal olarak nitelendirilir. Günümüzde anksiyete kavramı uzmanlar tarafından ruhsal problemlerin bir belirtisi ve aynı zamanda önemli bir nedeni olarak görülür. Öte yandan anksiyeteye faydalı işlevler de yüklenmektedir. Araştırmacılara göre hayatı korumanın ya da kaçış reaksiyonunun bir ifadesi olan anksiyete, tehlike anında organizmanın hareketliliğini sağlayan bir mekanizma olarak işlev görmektedir (Beck, 2008, s. 134). Anksiyete belirsiz, uzak, tanımlanamayan tehlikelere yönelik bir tepki olarak görülmekte olup bireyin tüm varlığını etkileyebilecek bir niteliğe sahiptir (Bourne, 1995, s. 2). Bu perspektiften değerlendirildiğinde normal ve anormal anksiyetenin kriterlerinin belirlenmesi önem arz etmiş ve araştırmacılar bireyin işlevselliğini bozan anksiyeteye farklı yaklaşımlarla müdahale etmeye çalışmıştır.

Ruh sağlığı alanındaki yaklaşımlar anksiyetenin nedenleri konusunda farklı bakış açıları ortaya koymuştur. Psikanalitik kuram, anksiyete bozukluklarının başlıca belirleyicisinin içsel çatışmalar ve bilinçdışı güdüler olduğunu ileri sürmüştür (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem ve Nolen-Hoeksema, 2002). Biyolojik yaklaşım, otonom sinir sistemi aktivitesine, beyinde anksiyete duygularını düzenleyen kimyasal sistemlere, farklı beyin bölgelerinde faaliyet gösteren birçok nörotransmitterin karmaşık etkileşimine ve kalıtsal faktörlerin etkisine vurgu yapmıştır (Morris, 2002). Öğrenme kuramı çerçevesi içinde çalışan psikologlara göre, anksiyete içsel çatışmalardan çok özgül dışsal olaylar tarafından tetiklenmiş durumdur (Atkinson vd., 2002). Varoluşçu yaklaşıma göre normal kaygı, değişim ve gelişim için önemli bir motivasyon kaynağıyken, nörotik kaygı bireyde işlevsizliğe yol açmaktadır (Corey, 2008). Hümanistik kuramcılardan Rogers'a göre benlik kavramıyla tutarsızlık gösteren ve benlik kavramına uymayan organizmik deneyimler, düşünce, duygu, arzu ya da davranışlar bireylerde kaygıya yol açar ve bu deneyimlere inkâr ya da çarpıtma yoluyla tepki verilir (Yazgan İnanç ve Yerlikaya, 2011). Bilişsel yaklaşım ise, anksiyetesi olan kişilerin durumlar ve potansiyel tehlikeler hakkındaki düşünme, algılama ve yorumlama tarzlarına yoğunlaşır (Beck ve Weishaar, 2011). Bu yaklaşıma savunanlara göre gerçekçi olmayan akıl yürütmeler, kişiyi aşırı tetikte ve sürekli tehlike belirtileri arayan biri haline getirir. Bu durum, vücudun sürekli olarak tehlike için seferber edilmesiyle sonuçlanır. Dolayısıyla, savaşma ya da kaçma tepkisine gösterilen

karakteristik psikolojik tepkiler (titreme, kalp atışlarının hızlanması, el terlemesi, kas gerilmesi) çok sık gözlenir (Atkinson ve diğ., 2002).

Tüm bireyler bir alarm sistemi niteliğinde olan potansiyel anksiyeteye sahiptir ve bu tür anksiyetenin kaynağı çoğunlukla bireyin tehdit edici düşünceleridir (Riskind, 2007, s. 147). Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal boyutları olan bir reaksiyondur (Bourne, 1995, s. 2) ve bireyi bu üç boyut üzerinden yoğunlukları birbirine göre değişebilen düzeylerde etkileyebilmektedir. Anksiyete diğer ruhsal bozukluklara sıklıkla eşlik eden bir durum olarak karşımıza çıkmakta ve anksiyete bozukluklarının birçok farklı ruhsal bozuklukla binişiklik gösterdiği görülmektedir (Bowen, Chavira, Bailey, M. T. Stein ve D. J. Stein, 2008; Braga, Reynolds ve Siris, 2013; Kauffman ve Landrum, 2015, s. 272; Kaye vd., 2004; Simon vd., 2004). Bu durum, anormal düzeyde anksiyete yaşayan bireyin, anksiyetesini kontrol altına almasının ve anksiyetesiyle aktif başa çıkabilme becerisini kazanmasının işlevselliğini olumlu etkileyeceğini ve ruh sağlığı bozuklukları açısından önleyici bir mekanizma olarak işlev görebileceğini göstermektedir.

Anksiyete bozukluklarının etiolojisinde veya sürdürülmesinde belirli bilişsel düzeneklerin rol oynadığı görülmektedir (Mantar, Yemez ve Alkın, 2011). Anksiyete duyarlılığı (AD) bunlardan biridir ve ilk kez Reiss ve McNally (1985) tarafından tanımlanmıştır (akt., Reiss, Peterson, Gursky ve McNally, 1986). AD, anksiyete ve anksiyete bozukluklarının oluşumu ve sürdürülmesine yönelik teori ve araştırmalarda önemli bir yere sahiptir (Lilienfeld, Turner ve Jacob, 1993). AD, bedensel duyumlarla ilgili uyarılmalardan korkma anlamına gelmektedir (Reiss ve McNally, 1985'ten akt., Stewart ve Watt, 2007). Bu korku bedensel duyumların fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal sonuçlarının zararlı olacağına dair inançlardan kaynaklanır (Watt, Stewart, Lefavre ve Uman, 2006a). AD'nin bilişsel belirtilerden korkma, fiziksel belirtilerden korkma ve sosyal belirtilerden korkma olmak üzere üç bileşeni vardır (Taylor vd., 2007). AD'nin birçok psikopatolojik bozuklukla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Blakey, Abramowitz, Reuman, Leonard ve Riemann, 2017; Joiner vd., 2002; Lies, Lau, Jones, Jensen ve Tan, 2017; Moore, Chung, Peterson, Katzman ve Vermani, 2009; McNally ve Lorenz, 1987; McNally, 2002; Schmidt, Lerew ve Jackson, 1997; Stewart ve Watt, 2007; Taylor, Koch ve McNally, 1992). AD ile özellikle panik atak ve panik bozukluk arasında güçlü bir ilişki vardır (Maller ve Reiss, 1992; McNally, 2002) ve çocuk ve ergenlerdeki kaygı gelişiminde bir risk faktörü olarak ortaya çıkmıştır (McLaughlin ve Hatzenbuehler, 2009). Ayrıca AD'nin yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, hipokondriasis, alkol veya madde kullanım bozuklukları ve sosyal anksiyete bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili olduğu söylenebilir (Mantar vd., 2011).

Sosyal anksiyete, kişinin diğlerleri tarafından incelemeye tabi tutulduğu sosyal bir ortamda veya toplulukta bir görevi yerine getirirken aşırı bir endişe hali olarak tanımlanabilir (Hoffmann ve Otto, 2008). Sosyal anksiyete yaşayan birey, başkalarının yanında küçük düşeceğine, olumsuz bir şekilde değerlendirileceğine, sıkıntı duyacağına veya utanç verici bir şekilde davranacağına dair bir beklenti içerisinde olur (Clark, 1997, s. 123). Bu beklenti, sosyal anksiyete yaşayan bireyin korku duymasına yol açan temel faktördür (Koroğlu, 2011). Birey, diğler insanların önünde performans sergilemek zorunda olduğunda, diğlerlerinin ilgisinin odağında yer aldığında, başkalarıyla toplumsal etkileşime girdiğinde veya böyle bir ihtimal ortaya çıktığında sosyal anksiyete yaşar (Crozier ve Alden, 2009; Stravynski, 2017). Sosyal anksiyetesi yüksek bireyler, ulaşılabilir sosyal hedefler belirleme ve sosyal standartlarında gerçekçi olma konularında yetersiz davranabilirler. Tehdit edici olarak algıladıkları sosyal durumlar karşısında genellikle kaçma veya kaçınmaya yönelik davranışlar sergileme eğiliminde olurlar (Hofmann, 2007). Bireyin sosyal anksiyetesi psikopatolojik bir düzeye ulaştığında ise toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) söz konusudur (APA, 2013).

Kuramlar anksiyetenin nedenleri gibi tedavilerini açıklarken de farklı perspektifler ortaya koymuşlardır. Örneğin psikanalitik yaklaşım içsel çatışmaların azaltılmasına ve bilinç dışı eğilimlerin açığa çıkarılmasına bağlı olarak anksiyetenin azaltılabileceğini vurgulamıştır. Biyolojik yaklaşım anksiyeteyi bazı nörotransmitterlerle ilişkilendirdiği için ilaç kullanımını önermektedir. Davranışçılık, yaşanan kaygının öğrenme sürecinin bir ürünü olduğunu kabul ederek, öğrenme deneyimlerinin önemine vurgu yapmaktadır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde maruz bırakma teknikleri, bilişsel terapi teknikleri, progresif relaksasyon (kademeli gevşeme), otojenik eğitim, psikodinamik terapiler ve tıbbi tedavi gibi farklı yaklaşım ve teknikler kullanılabilir (Roth, 2007). Müdahale programları bazen tek başına bazen ise eklektik ya da bütünlleştirilmiş şekilde kullanılmaktadır. Son yıllarda popüler hale gelmiş yaklaşımlardan biri olan bilişsel-davranışçı (BD) müdahale anksiyete tedavisinde etkin olarak uygulanmaktadır. Bilişsel bir model üzerine inşa edilen bu yaklaşım içinde davranışçı işlem ve prosedürlere yer verilerek müdahalenin etki düzeyi arttırılmaya çalışılır. BD model, anksiyetenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç boyutuna vurgu yapar. Fizyolojik düzeyde anksiyete otonom sinir sisteminin aktivasyonu aracılığıyla bireyi tehlikede olduğu konusunda uyarabilir. Bilişsel olarak birey, kendi baş edebilme yeteneğini tahmin ederek durumun tehlike derecesini algılayabilir. Birey bu durumunun üstesinden gelebileceğine inanmıyorsa, bu inançları davranışsal olarak anksiyete yaratan durumdan kaçınma biçiminde ortaya çıkabilir (Flannery-Schroeder, Sieberg ve Gosch, 2007). Anksiyeteye verilen bu üç düzeydeki tepki ile AD'nin üç bileşeni benzer karakteristikler göstermekle

birlikte AD'de anksiyeteyi deneyimlemekten kaygı duyma ve anksiyete belirtilerinden korkma (McWilliams ve Cox, 2001) söz konusudur.

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre bireylerin olay/durumlara ilişkin bilişsel değerlendirmelerinde üç katmanlı bir mekanizma devreye girer. Bu katmanlar en dış katmandan merkeze doğru şu şekilde sıralanabilir: otomatik düşünceler, sayılılar/kurallar/ara inançlar ve şemalar/kök inançlar. Dış dünyadan gelen bilgi bireyin otomatik düşünceleri aracılığıyla yönlendirilir ve altta yatan sayılılar ve kurallara dayalı olarak değerlendirilir. Bu sayıltı ve kurallar ise bireyin kişisel temel şemaları ile bağlantılıdır (Leahy, 2008). Bilişsel-davranışçı model, bireyin yaşamda karşılaştığı olay veya durumlara bilişsel, duygulanımsal, motivasyonel ve davranışsal tepkilerinin kombinasyonuyla reaksiyon gösterdiğini vurgular. Başka bir ifadeyle bilişsel sistem, fiziksel ve sosyal çevreden gelen bilgileri işlemek ve uygun tepkileri vermek için duygulanımsal, motivasyonel ve fizyolojik sistemle etkileşim içerisine girer. Fakat bazen, bilişsel arka plandaki bu işleyiş bireyin uyumsuz davranmasına yol açacak bir şekilde gerçekleşir. Bireyi karşılaştığı olay veya durumları yanlış algılaması; hatalı, işlevsel olmayan ve idiosenkretik bir şekilde yorumlaması sonucunda tepkileri maladaptif/uyumsuz olabilir (Beck ve Weishaar, 2011). Hatalı algılamalar, çarpık yorumlamalar ve uyumsuz başa çıkma mekanizmaları ise bireyi psikolojik problemliliğe yatkınlaştırır. BD modelde yüksek anksiyetede önemli bir rolü bulunan (Schmidt vd., 1997) hatalı ve çarpık bu bilişsel değerlendirme süreçlerinin değiştirilmesi (Beck, 2008; Beck, Wright, Newman ve Liese, 1993) ve bireyin olay/durumlara yönelik daha gerçekçi ve doğru değerlendirmeler yapması amaçlanır (Hofman, Asmundson ve Beck, 2013).

Psikoeğitsel bir nitelik taşıyan BDT çeşitli ruhsal problemlerin müdahalesinde etkililiği kanıtlanmış bir yaklaşımdır (Butler, Chapman, Forman ve Beck, 2006; Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill ve Harrington, 2004; D. M. Clark vd., 1994; Davidson, 2008; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer ve Fang, 2012; Mayo-Wilson vd., 2014). Müdahale sürecinde danışan, olumsuz otomatik düşüncelerini tanımlamayı öğrenir; düşünce, duygu ve davranışları arasındaki ilişkiyi anlar; çarpık bilişlerine ve işlevsel olmayan inançlarına meydan okuyarak bunları işlevsel olanlarla değiştirebilme becerisini edinir; olay/durumlara ilişkin değerlendirmelerinde gerçekçi bir bakış açısı kazanır (Creed, Reissweber ve Beck, 2014; Beck, 2014; Sudak, 2006). BD terapist ise empati, saygı ve terapötik iş birliğine dayalı destekleyici bir tutum benimseyerek danışanın düşüncelerini, yorumlamalarını, inançlarını yeniden yapılandırmasına ve problemleriyle aktif bir şekilde başa çıkabilmesine yardım eder (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Dobson, 2010). Bunun gerçekleşmesi için BD müdahalede işbirlikçi amprikizm, kanıtları inceleme, sokratik sorgulama ve yönlendirilmiş keşif gibi bilişsel tekniklerden ve maruz



bırakma, ev ödevleri, gevşeme eğitimi, davranışsal deneyler, rol oynama, sosyal beceri eğitimi gibi davranışçı tekniklerden yararlanır (Beck ve Weishaar, 2011; Leahy, 2008; Türkçapar, 2011). Bilişsel değişimin istendik davranış değişikliklerine yol açacağını öne süren BD yaklaşımda (Dobson ve Dozois, 2010) danışanlar rasyonel değerlendirmeler içeren düşünce örüntüleri geliştirmeleri hususunda teşvik edilir (Leahy, 2008). Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada psikoeğitimsel bir müdahale programının etkililiği araştırılmıştır.

Bilişsel-davranışçı müdahale programının anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkililiğinin incelendiği psiko-eğitimsel nitelikteki bu çalışma, bu konuda yapılacak ilk çalışma olması açısından önemlidir. Çalışmadan elde edilecek sonuçların farklı ortamlarda düzenlenecek müdahale programları için model oluşturabileceği değerlendirilmektedir.

### **1. 1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın temel amacı bilişsel-davranışçı müdahale programının anksiyete duyarlılığının ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığının azaltmasındaki etkililiğini incelemektir. Bunun yanı sıra çalışmada anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi de hedeflenmektedir. Bu amaçlar doğrultusunda aşağıdaki alt amaçlar sıralanabilir:

1. BD müdahalenin, anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkisini belirlemek
2. BD müdahalenin, sosyal anksiyete üzerindeki etkisini belirlemek
3. Anksiyete duyarlılığı bileşenlerinin (bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma) sosyal anksiyeteyi hangi düzeyde açıkladığını belirlemek

### **1. 2. Araştırmanın Denenceleri**

Araştırmanın amaçları doğrultusunda şu denenceler test edilmiştir:

1. Denence: BD müdahale, anksiyete duyarlılığının azaltılmasında etkilidir.
2. Denence: BD müdahale, sosyal anksiyetenin azaltılmasında etkilidir.
3. Denence: Anksiyete duyarlılığının bileşenleri (bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma) sosyal anksiyeteyi anlamlı düzeyde açıklar.

### **1. 3. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi**

Anksiyete günlük yaşamda hemen herkes tarafından yaşanan bir duygudur. Belli düzeyde gözlenmesi motive edici iken, yoğun düzeyde seyretmesi ciddi psikolojik

gerilimlere yol açmaktadır. Ruhsal bozuklukları tanılama ölçütleri dikkate alındığında, seviyesi yüksek anksiyetenin farklı adlarla kümelenen bozukluklara yol açtığı görülür. Anksiyete yaygın olarak ya da panik atakta olduğu gibi akut ve şiddetli şekilde görülebilir. İstemsiz tekrarlayıcı düşüncelerle karakterize edilen obsesyon ya da bir davranışı ritüel biçimde yapma olarak bilinen kompulsiyon durumlarında da ortaya çıkabilir. Ya da bu araştırmamızın konusu ve daha çok fiziksel belirtilerle anlaşılan anksiyete duyarlılığı biçiminde tanımlanabilir. Anksiyete tek başına ya da komorbidite şeklinde tanımlanan başka bir belirtiyeye eşlik ederek ortaya çıkabilir. Her iki durum da bireyin uyumunu, işlevini ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkiler.

Bu çalışmada anksiyete duyarlılığı tek başına ve sosyal anksiyeteye eşlik eden haliyle birlikte ele alınmaktadır. İki duruma dönük müdahale sürecinde bilişsel-davranışçı prosedürlerin kullanılması planlanmıştır. BD değerlendirme süreci anksiyeteyi önemli ölçüde endişe temasıyla ilişkilendirerek açıklar. Henüz gerçekleşmemiş ancak olmuş gibi değerlendirilen bazı yaşantıların ortaya çıkardığı endişe halinin anksiyeteye yol açtığı kabul edilir. BD yaklaşım müdahale sürecinde bireyin bilişsel işlem mekanizmalarına önem verir. Otomatik düşüncelerin ya da çarpık bilişsel süreçlerin olumsuz duygu ve davranışlara yol açtığını kabul eder. Otomatik düşünceler tahrif edilmiş fikirlere ve bireyler bu fikirleri sürdürmede ısrarcıdır. BD müdahale programı ile bu tahrifat düzeltilerek bireyin rasyonel düşünmesi sağlanmaya çalışılır.

Dış çevreden gelen uyarıcılar ve yaşadığımız olaylar iç dünyamızda özel bir noktaya dokunduğunda, zihnimizde birtakım kişisel çağrışımlar ve özel anlamlar oluşur. Bu kişisel çağrışım ve özel anlamlar, ara inançlar aracılığıyla kök inançlarımız ve temel şemalarımız tarafından tetiklenir. Yüzeyle ise kendini, refleks gibi hareket eden otomatik düşünceler şeklinde gösterir. Otomatik düşünceler her bireyde bulunur fakat bireye özgü farklılıklar taşırlar. Bireyler aynı zamanda sağduyuya sahiptir ve sağduyu yardımı ile doğru ile yanlışı ayırt etme, uyum sağlama ve kararlar alma gibi becerileri gerçekleştirirler. Fakat bireyin sağduyusunun yetersiz kaldığı durumlar da olabilir. Birey daha önce hiç karşılaşmadığı kritik bir durumla yüz yüze geldiğinde veya uyum sağlama ve karar verme durumlarında problem yaşayabilir. Bu durum sağduyunun yetersiz kalmasıyla bilişsel bir bozulma şeklinde kendini gösterebilir. Bu noktada bilişsel-davranışçı terapiler devreye girer.

Birey dış dünyadan gelen objektif verileri zihin süzgecinden geçirir, kendi şemalarına göre düzenler ve öznel birtakım anlamlandırmalar yükleyerek iç dünyasına alır. Bu özel anlamlandırmaları ise test etme imkânı yoktur çünkü genellikle gerçekdışı bir nitelik taşırlar. Birey bu özel anlamlandırmaları bilişsel-davranışçı terapistle açıkladığı zaman, bu özel anlamlandırmaların incelenmesi ve geçerliliklerinin test edilmesi için imkân doğar. İşte bu noktada bilişsel yaklaşıma dayalı ABC kuramındaki D'de işleyen keşfetme-

ayrıştırma-tartışma süreçleri devreye girer. Burada, problem yaşayan birey ile iş birliği ve ittifak içerisinde hareket eden bilişsel-davranışçı terapistin öğretici rolü devreye girer. Bahsedilen bu öğreticilikte terapistin dominant ve gelenekçi bir rolü yoktur. Danışan hazır olduğu ve izin verdiği ölçüde süreçte ilerlenir. Bilişsel-davranışçı terapilerin (BDT) en önemli amaçlarından biri olan farkındalığın kazanılmasıyla birlikte birey düşünce yapısındaki çarpıtılmış tarafla gerçekçi tarafı ayırt edebilir, mantıksız, gerçekdışı (irrasyonel) ve işlevsel olmayan düşünce ve inançlara meydan okur, kontrolü ele alır ve irrasyonel bir yapıyla temellendirilmiş bu düşünce ve inançları rasyonel olanlarla değiştirir. Problem yaşayan birey BDT yardımıyla zamanla, kendi kendinin terapisti olmayı başarır ve doğuştan getirdiği sağduyu kabiliyetini kullanabilir.

BD müdahale programı psiko-eğitimsel bir karaktere sahiptir. Yapılandırılmış, kısa süreli bir program olması, katılımcıların sayısı konusunda esnek bir yapıya sahip olması ve davranış değişiminin gözlenmesine verdiği değer bakımından avantajlı bir yaklaşımdır. Eğitim ortamlarında da uygulanabilecek olması geniş kitlelere ulaşabilmeyi kolaylaştırmaktadır.

Bilindiği gibi insanlar arasında psikolojik sorunlar giderek yaygınlaşmaktadır. Psikolojik problemlerin tedavisinde sadece farmakolojik yöntemlerin kullanılması ülke kaynakları ve bireyin genel sağlığı bakımından dezavantajlara yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar psikolojik müdahale programlarının oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışma da bu bağlamda düzenlenmiştir. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar farklı ortamlarda, farklı gruplara dönük olarak düzenlenecek programlar için model oluşturabilecektir.

#### **1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

1. Deney ve kontrol grupları sadece anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığı düzeyi yüksek bireyler ile sınırlıdır. Diğer durumsal ve demografik değişkenler grupları oluştururken ayırıcı bir nitelik taşımamaktadır.
2. Örneklem grubu seçilirken sadece görüşme ve test türünden psikolojik değerlendirmeler yapılmış, biyolojik ve farmakolojik bir tespit yapılmamıştır.
3. Pilot uygulamada izleme çalışması son test uygulamasından sonra 4. ay ile sınırlıdır. Asıl uygulamada ise izleme çalışması son test uygulamasından sonra 3. ve 6. ay ile sınırlıdır.
4. Müdahale süreci sadece bilişsel-davranışçı tekniklerle sınırlı tutulmuş bunun dışında ilaç önerisi ve benzeri müdahaleler yapılmamıştır.

5. İlaç kullanan, psikiyatrik tanısı olan veya bir ruh sağlığı çalışanından (psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman) psikolojik destek alan bireyler müdahaleye dahil edilmemiştir.
6. Son sınıfa devam eden öğrenciler, izleme çalışmalarında ortaya çıkabilecek güçlükler nedeniyle çalışma kapsamının dışında tutulmuştur.

### **1. 5. Araştırmanın Varsayımları**

1. Araştırmanın betimsel ve deneysel kısmında kullanılan ölçme araçları katılımcılar tarafından gönüllü, içten ve dürüst bir şekilde doldurulmuştur.

### **1. 6. Tanımlar**

Anksiyete: Bir olay/durumun tehlikeli veya zararlı olduğuna dair algılamalardan kaynaklanan, tehdit içerikli düşünceler ve fiziksel semptomların eşlik ettiği yoğun duygusal durum (Beck ve Emery, 2011; Leahy, 2007; Riskind, 2007).

Sosyal anksiyete: Sosyal ortamlarda utangaçlık, sosyal sakarlık, vb. şeklinde kendini gösteren bir rahatsızlık, tedirginlik duygusu. Ayrıca, kişinin kendi toplumsal konumu, rolü, davranışları, vb. konusunda hissettiği tedirginlik duygusu (Budak, 2009, s. 662). Bireyin utanma veya başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme olasılığı bulunan sosyal durumlardan (örn. konuşma yapma, yabancı biriyle tanışma) korkması (APA, 2009, s. 389).

Anksiyete duyarlılığı: İlk kez Reiss ve McNally tarafından tanımlanan anksiyete duyarlılığı bedensel duyumlarla ilgili uyarılmalardan korkma anlamına gelmektedir. Bu korku bedensel duyumların fiziksel, psikolojik ve/veya sosyal sonuçlarının zararlı olacağına dair inançlardan kaynaklanır (Watt vd., 2006a).

Bilişsel-Davranışçı Terapiler: Bilişsel ve davranışçı stratejilerin kombinasyonunu içeren yaklaşım (Beck, 2005). Bilişsel süreçlerin davranışı etkilediğini savunur ve işlevsel olmayan düşünce yapıları ve irrasyonel inançların değiştirilmesi üzerinde durur (Corey, 2008).

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

### 2. 1. Araştırmanın Kuramsal Çerçevesi

#### 2. 1. 1. Anksiyete

Anksiyete ruh sağlığı alanında en çok dikkate alınan ve incelenen kavramlardan biridir. Anksiyeteye ilgili tartışmalarda, korku kavramının da dikkat çektiği görülmektedir. Korku ve anksiyete temel duygulardandır ve Cohen'e (1966) göre korku kavramıyla ilgili temalar, eski Mısır hiyerogliflerinde açıkça görülür (akt., Spielberger, 1972, s. 3-4). Anksiyete ile ilgili tartışmalar orta çağa kadar uzanır. Bu zaman dilimi içinde yaşamış olan Kurtubalı Arap filozof İbn Hazm'e göre anksiyetenin evrenselliği insan varlığının temel bir durumu olarak değerlendirir (Kritzeck, 1956'dan akt., Beck, 2008, s. 314).

"Anksiyete" terimi kökeni Yuanancaya dayanan gerginlik veya daralma anlamına gelen "angh" kelimesinden türetilmiştir (Rachman, 2004). Belirsiz korkunç bir geleceği ön plana çıkaran duygulara atıfta bulunan Almanca kökenli "angst" teriminden hareketle anksiyete; belirgin ve sürekli korku ya da düşük yoğunluktaki sürekli korku anlamlarına gelebilmektedir (Bannister, 1985). Freud'a ve derinlik psikolojisine kadar, anksiyete felsefenin, daha da özelde bu bilimin etik alt dalının ve din alanının ele aldığı bir konuydu. Anksiyete ve korku kavramlarını ele alan filozofların vurguladığı noktaları, daha çok insanoğlunun varoluşsal çatışmaları ve krizleri oluşturmuştur. Özellikle Spinoza, Pascal ve Kierkegaard gibi hem dini hem de felsefi alanlara ilgi duyan düşünürlerin görüşleri bu bağlamda dikkati çekmektedir. Spinoza, korkunun temelde öznel bir problem olduğunu öne sürerek korku ve umudun eşzamanlı olarak bireylerde var olduğunu belirtmiştir. Korku belirsiz bir acı iken umut belirsiz bir zevktir ve umut olmadan korku olamayacağı gibi korku olmadan da umut olamaz. Bu durum ise psikik bir çatışmanın ürünü olan anksiyetenin bir görüntüsüdür. Pascal, duyguların insan davranışlarına olan etkisini vurgulamıştır. İnsanların yalnız kalmaktan ve can sıkıntısından kaçınmaya dönük çabaları ile olumsuz düşüncelerini önlemeye dönük girişimleri dikkatini çekmiştir (May, 1950). Kierkegaard ise mevrus günah kavramından behseder ve anksiyetenin mevrus günahın sonucu olduğunu öne sürer. Anksiyete ile hiçliğin birbirleriyle karşılıklı ilişki içinde olduğunu ileri sürerek, anksiyetenin özgürlüğün kaybolduğu bir zayıflık durumu olduğunu belirtir (Kierkegaard, 2015). "Angst" terimi psikanalizde özel bir öneme sahiptir (Rachman, 2004). Freud, duygusal ve davranışsal bozukluklardaki en önemli problemin anksiyete olduğunu belirtmiştir (May, 1950). Bir bebeğin biyolojik çaresizliği, zorunlu şekilde acı dolu yüksek

bir gerilim hissetmesine yol açar. Freud, doğum anksiyetesinden de bahseder ve bireyin doğumla birincil anksiyete sendromunu deneyimlediğini ifade eder (Fenichel, 1999).

Bilişsel perspektife göre anksiyete bir durumun tehlikeli veya zararlı olduğuna dair eşzamanlı yargılamalardan kaynaklanır (Riskind, 2007). Normal düzeyin üzerindeki anksiyete bireyi fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak etkiler. Birey anksiyetesinin yüksek olduğu durumda, anksiyeteli olmadığı zamana kıyasla, daha farklı düşünür, hisseder ve davranır. Fakat birey, genellikle bu farklılığın bilincinde değildir. Burada gözden kaçırılmaması gereken önemli bir nokta vardır. Bu da anksiyetenin devamlı olup olmayacağını ya da düşüp düşmeyeceğini belirleyen en önemli faktörün düşünce tarzı olduğudur (Clark ve Beck, 2012).

### **2. 1. 1. 1. Anksiyete Kavramı**

Anksiyete belirsiz, uzak, tanımlanamayan tehlikelere yönelik bir tepki olarak görülür ve bireyin tüm varlığını etkileyebilir (Bourne, 1995). Tüm bireyler bir alarm sistemi niteliğinde olan potansiyel anksiyeteye sahiptir ve anksiyete çoğunlukla tehdit edici düşüncelerden kaynaklıdır (Riskind, 2007, s. 147). Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal boyutları olan bir reaksiyondur. Fizyolojik düzeyde anksiyete, hızlı kalp atımı, kas gerginliği, mide bulantısı, ağız kuruluğu ve terleme gibi bedensel reaksiyonları içerebilir. Davranışsal düzeyde anksiyete, bireyin hareket yeteneğini, kendini ifade becerisini veya günlük yaşam rutinleriyle başa çıkma kabiliyetini sabote edebilir. Psikolojik düzeyde anksiyete, endişe ve huzursuzluğun öznel bir durumudur. Bütün bunlar eşliğinde en uç boyuttaki anksiyete ise kişinin kendinden ayrılmış hissetmesine hatta ölmek veya delirmekten aşırı korku duymasına neden olabilir (Bourne, 1995, s. 2).

Kortikal ve subkortikal nöral yapılar, duygusal deneyimlerde kritik bir rol oynadığı için anksiyetenin önemli bir biyolojik yönü vardır. Bunun yanında anksiyete, organizmayla çevrenin etkileşimi aracılığıyla da oluşur. Bu öğrenme süreci, organizmanın farkındalığının dışında ve rasyonel değerlendirmesinin ötesinde olabilir. Beklentiler, inançlar ve anılar gibi bilişsel arabulucular anksiyetenin gelişiminde ve devam etmesinde mühim bir rol oynar (Clark ve Beck, 2010). 1970'lerin sonunda Beck ve meslektaşlarının anksiyeteyi incelemeye dönük çalışmaları sonucunda, anksiyeteli hastaların korktukları risk durumlarını daha iyi değerlendirmeleri, iç ve dış kaynakları üzerinde düşünüp bu kaynakları geliştirmeleri ve kaçınmalarını azaltıp korktukları durumlarla yüzleşmeleri gerektiği belirtilmiştir (Beck, 2014, s. 6).

Anksiyete kavramı, tehdit kaynağı muğlak, değişken veya gerçektışı olduğunda kullanılır. Anksiyete ile ilişkili duygusal tepki öznel olarak bireye rahatsızlık verir, yaygındır

(yani tehdidin gerçek varlığı ile ilişkili değildir) ve tipik olarak algılanan tehdit üzerine odaklanmış bir kavram veya düşünce unsurunu içerir (Blanchard, Blanchard, Griebel ve Nutt, 2008). Anksiyete ve diğer duygusal reaksiyonlar sıklıkla çevresel bir uyarıcı veya duruma tepki olarak oluşur (Eysenck, 1992, s. 3). Anksiyetenin şiddeti kişiden kişiye değiştiği gibi, aynı kişinin anksiyete atakları da değişkenlik gösterir. Birey yüksek düzeyde anksiyete yaşadığında bundan fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak etkilenir. Dolayısıyla anksiyeteyi anlamak için belirtilerini bilmek veya fiziksel, bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlarda nasıl ifade bulunduğunu anlamak gerekir (Clark ve Beck, 2012). Anksiyetede varsayımlar ve kurallar, bireylerin durumlardan çıkardığı sonuçları ve bu durumlar karşısında nasıl davrandığını etkiler (Wells, 1997). Anksiyete diğer bozukluklara sıklıkla eşlik eden bir durumdur ve anksiyete bozuklukları birçok farklı bozuklukla binişiklik gösterebilir (Clark, Smith, Neighbors, Skerlec ve Randall, 1994; Jarrett ve Ollendick, 2008; Kauffman ve Landrum, 2015, s. 272; McLaughlin, Geissler ve Wan, 2003).

Anksiyete çoğunlukla içerikleri abartılmış, çarpıtılmış, felaketlendirici karakterdeki tehdit edici düşüncelerden oluşur (Leahy, 2007). Bu açıdan değerlendirildiğinde anksiyete bilişsel bir bozulma durumu olarak düşünülebilir. Diğer bir ifadeyle, anksiyete sahip olduğu özellikle standart duygusal reaksiyonlardan farklılaşmaktadır. Birey değişen bir çevreyle etkileşime girdikçe ve değişen çevreye uyum sağladıkça bilişsel sistemler sürekli olarak başkalaşır. Bireyin dünyasını oluşturması dışsallaştırma ve içselleştirmenin, asimilasyon ve uyum sağlamanın sürekli diyalaktığı aracılığıyla gerçekleşir. Anksiyete potansiyeli, bu sürecin doğasında vardır. Fenomenal benliği tanımlamaya yardımcı olan bu bilişsel sistemlerde ani bir değişiklik olduğunda veya bu bilişsel sistemler tehdit edildiğinde anksiyeteye sonuçlanır. Başka bir ifadeyle anksiyete, bireyin kişisel kimliğine ilişkin algılamasında bozulmaya yol açar (Averill, 1976, s. 118).

Tehlikeye ilişkin altta yatan inançlar ve tutumlar, anksiyete bozukluğuna yatkınlık oluşturur. Bu şemalar yaşantı ve olayların nasıl yorumlanacağına yön verir. Tetikleyici olaylar tarafından etkinleştirilmeleriyle birlikte şemalar, bireyin bilişsel yapısında olumsuz otomatik düşünce halinde bazı bozulmalar meydana getirirler. Bireyler altta yatan inançlarının doğruluğunu ve gerçekliğini etkili bir şekilde test edemediğinde ise, bu bilişsel bozulmalar ve paralelindeki davranışsal tepkiler yüksek düzeyde anksiyetenin sürdürülmesine katkı sağlar (Wells, 2006, s. 52). Eğer bireyde yüksek anksiyeteye yol açan tehlike gerçekten yoksa veya çarpıtılıp felaketleştirilmiş ise bireyin onu önlemesine de imkân yoktur. Dolayısıyla buradaki sorun anksiyetenin varlığı değil, aşırı aktive olmuş, olumsuz duygulanımı tetikleyen bilişsel şemalardır (Beck ve Emery, 2011, s. 59).

Tehdit veya tehlike altında bulunduğu düşüncesi ile savunmasız veya çaresiz olduğu inancı, bireyin anksiyetesinin yükselmesine yol açar. Riski kabul edilebilir düzeyde

düşünmek ve bireysel yeterliliklere inanma ise anksiyetenin düşmesini sağlar. Anksiyetesi yükseldiğinde birey, sıradan ve günlük yaşam deneyimlerini felaketleştirme eğiliminde olur ve başına gelebilecek en kötü senaryoyu düşünür. Tehlikenin ciddiyetini ve olabilirliğini abartmak, anksiyetenin altında yatan temel korkunun ana etmenidir. Bu nedenle felaketleştirici düşünceleri yakalamak ve bunları düzeltmek korku ve anksiyetenin azaltılmasında önemli bir bilişsel-davranışçı stratejidir (Clark ve Beck, 2012, s. 16-31).

### **2. 1. 1. 2. Normal ve Anormal Anksiyete**

Toplumsal ve teknolojik değişimlerin hızlı bir şekilde gerçekleştiği çağımızda, bireyler günlük yaşamlarında anksiyete yaşayabilecekleri birçok durumla karşılaşabilmektedir. Anksiyete modern çağın getirdiği bir kavram değildir. Bilinen tarihin başından itibaren filozoflar, dini liderler, akademisyenler ve daha yakın geçmişte sosyal ve tıp alanındaki bilim insanlarının yanı sıra hekimler de anksiyetenin gizemini çözmeye ve insanlığın bu yaygın ve rahatsız edici durumuyla başa çıkmaya yönelik müdahaleler geliştirmeye çalışmışlardır (Clark ve Beck, 2010, s. 3). Anksiyete değişik biçimlerde ve farklı düzeydeki yoğunluklarda görülebilir (Bourne, 1995). Orta düzeydeki anksiyete bireyi, performansını yükseltmesi ve muhteşem işler başarması konusunda motive edebilir, enerji kazandırabilir ve harekete geçirebilir (Freeman, Pretzer, Fleming ve Simon, 2004, s. 129). Eğer potansiyel başarısızlık ve kayıp içeren gündelik zorluklar karşısında anksiyete yaşanmıyorsa ortada bir sorun var demektir (Bourne, 1995). Dolayısıyla, karşılaşılan güçlükle ve durumla orantılı anksiyete tepkisi aslında normaldir.

Anormal davranışın tanımı yapılırken birtakım kriterlerin karşılanması gerekir. Bu kriterle genel başlıklar olarak a) istatistiksel seyreklik, b) toplumsal normlardan sapma, c) kişisel rahatsızlık hissetme, d) yeti yitimi ya da işlev bozulması, e) beklenmedik ve ani olma şeklinde ifade edilebilir. Benzer şekilde normalliğin tanımlanmasında da birtakım kriterlerden bahsedilir ve normal kişiler anormal tanısı almış kişilere oranla bu özellikleri daha büyük ölçüde sergiler. Bu özellikler a) gerçekliğin yeterince algılanması ve gerçekçi değerlendirme, b) davranış üzerinde gönüllü denetim kurma yeteneği, c) özdeğer duygusuna sahip olma ve bu duyguyu benimseme, d) sevgi ilişkileri kurma yeteneği ve e) üretkenlik (Atkinson vd., 2002, s. 524-526). Anormallik ve normallik kriterlerinin bilinmesi gerek uygulanacak müdahalenin seçilmesinde gerekse ihtiyaç durumunda danışanın veya hastanın ilgili yerlere sevk edilmesinde ruh sağlığı çalışanlarının doğru kararı vermesini kolaylaştırmaktadır.

Normal ve anormal anksiyete arasında net bir sınır olmamakla birlikte bu ikisini birbirinden ayıran birtakım yönler mevcuttur (Clark ve Beck, 2012). Anormal anksiyete



normal anksiyeteye oranla daha yoğun ve şiddetlidir (örneğin panik ataklar), daha uzun sürelidir (stres verici olay atlatıldıktan sonra bile aylarca devam edebilir) ve yaşamı etkileyen fobilere yol açar (Bourne, 1995, s. 4). Anormal anksiyete ve anksiyete bozukluklarında bireyler neden korktuklarını bilmezler, kaygı duyguları ise anlamsız ve durumla orantısızdır (Morris, 2002, s. 539). Anksiyetede tehlike teması, endişe şemalarının ve olumsuz otomatik düşüncelerin içeriğinde belirgin bir şekilde yer almaktadır. Anormal anksiyetede, tehlikenin abartılması ve durumla başa çıkma yeteneğinin küçümsenmesi altta yatan tehlike şemalarının aktive olmasıyla sonuçlanır (Wells, 1997). Normallik ve anormalliğin en önemli ölçütü yaşanan durumun bireyin sosyal ve mesleki işlevselliği üzerindeki etkisidir. Eğer anksiyete durumu bireyin işlevselliğini bozuyorsa anormal kategoride değerlendirilir. Bu aşamada ise bireyin, durumla aktif başa çıkmasına yardımcı olacak teknik ve müdahaleleri içeren psikolojik bir destek sürecinden geçmesi işlevselliğini geri kazanmasına yardımcı olacaktır.

### **2. 1. 1. 3. Anksiyete, Korku, Fobi ve Panik**

Bireyler anksiyete, korku ve fobi kavramlarının aynı anlama geldiklerini düşünüp zaman zaman bu kavramları birbirlerinin yerine kullanabilmektedir. İlişkili ya da benzer olmakla birlikte, bu kavramların birbirinden önemli derecede farklılaştığı yönler mevcuttur. Bu kavramlar bir duygu durum ifadesidir ve belirli durumlarda deneyimlenme yoğunlukları bireyin ruhsal durumu hakkında önemli ipuçları verir.

İnsan davranışları karmaşık bir yapı arz eder. Duygular psikoloji sahası içinde ele alınan en karmaşık bileşenlerdir. Bu karmaşıklığı dikkate almayan herhangi bir duygu teorisinin yetersiz kalacağı kesindir. Başlangıçta duygular daha üst düzeydeki sistemler olan biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yapılar referans noktası alınarak, davranışın alt sistemleri şeklinde tanımlanmıştı. Aşırı kapsayıcı olduğu için böyle bir tanımlama kullanışlı değildir. Dahası, duygulara odaklanıldığında alt sistemlerden ziyade başlı başına sadece duygusal sistemlerden bahsedilebilir. Yakın zamana kadar, duygular güdüleyici bir aracı değişken olarak kabul edilip açlık ve susuzluk ile aynı mantıksal kategoriye yerleştirildi. Ancak korku gibi tipik bir duygu ile açlık gibi tipik bir dürtü arasında belirgin bir fark vardır. Açlık yiyecek yoksunluğunun bir işlevi/etkisi olarak artarken, korku sadece birey bir durumu korkunç veya tehlikeli olarak değerlendirdiğinde oluşur (Averill, 1982, s. 5-10).

Anksiyete, korku ve fobi kavramlarının birbirinden ayrılan yönleri mevcuttur. Korku, sevinç, üzüntü, öfke gibi herkes tarafından yaşanabilen temel bir duygudur ve korkuya neden olan şey tanımlanabilir bir niteliktedir (Köroğlu, 2011; Morris, 2002, s. 539). Korku, belirli bir durumda gerçek veya potansiyel tehlikenin varlığına yönelik bireysel bir

değerlendirme ve tahminle ilgilidir. Birey gerçek ya da algılanan bu tehlike karşısında doğal bir tepki olan korku duygusunu yaşar ve bu duyguya birtakım bedensel, fizyolojik ve bilişsel tepkimeler eşlik eder (Köroğlu, 2011, s. 3-4). Dolayısıyla korkunun oluşumunda, anksiyetenin aksine, duygusal bir reaksiyondan ziyade bilişsel birtakım süreçler rol oynar (Beck ve Emery, 2011, s. 48). Korku, somut ve dışsal bir obje veya duruma yönelik iken anksiyete daha ziyade içsel bir süreçtir (Bourne, 1995, s. 2) ve kökeninde korku vardır (Clark ve Beck, 2012). Korku şimdi odaklıdır, anksiyete ise daha çok gelecek yönelimlidir. Korkuya oranla anksiyete daha yaygın, daha yavaş, daha uzun süreli ve belirlenmesi daha zor bir duygudur. Elbette ki anksiyeteye eşlik eden birtakım bilişler ve düşünce düzeyinde çarpıtmalar vardır (Clark ve Beck, 2010, s. 3; Clark ve Beck, 2012; Köroğlu, 2011, s. 4). Korku, tehdit edici uyarın karşısında kişide fiziksel veya psikolojik olarak harekete geçer. Korku mekanizması devreye girdiğinde ise kişi anksiyete durumuyla karşı karşıya kalır. Netice itibarıyla korku bir tehlikenin derecesini belirleyen faktör iken, anksiyete korkunun etkisi altındaki kişide ortaya çıkan rahatsızlık durumudur. Bu rahatsızlık hissi gerginlik ve sinirlilik gibi duygularla karakterizedir (Beck ve Emery, 2011, s. 50).

Bireyin duygu dünyasında korku genellikle adaptif/uyumlu kabul edilirken, anksiyete maladaptif/uyum bozucu kabul edilir. Bu durum DSM-5 incelendiğinde de görülür. DSM-5'e bakıldığında korku bozuklukları kategorisi yok iken kaygı bozuklukları kategorisi vardır. Hem korku hem de kaygı otonom sinir sisteminin uyarılmasını içerebilirken, korku gerçekçi ve çoğu zaman yakın veya kaçınılmaz bir tehdide gösterilen bir tepkidir ve savaş ya da kaç mekanizmasını içerir (Blanchard vd., 2008, s. 63-64). Korku sağlıklı bir adaptif tepkidir çünkü algılanan bir tehdit karşısında bireyin fiziksel güvenliğine ve korunmasına hizmet eder. Ebettteki korkunun da uyumsuz olabileceği durumlar mevcuttur. Korku, tehlikeye yönelik hatalı veya abartılmış bir değerlendirme içeriyorsa, işlevsellikte bozulmaya neden oluyorsa, dikkat çekici bir devamlılık gösteriyorsa, tehdit ile ilişkili uyarınların geniş yelpazesine yönelik yanlış bir alarm içeriyorsa ve aşırı bir duyarlılık oluşturuyorsa uyumsuzdur ve büyük bir olasılıkla anksiyete bozukluğu ile ilişkilidir. Bilişsel uyarılma, korkunun temel bir elemanıdır ve anksiyete bozukluklarının etiyolojisini, devamlılığını ve tedavisini anlamak açısından oldukça önemlidir (Clark ve Beck, 2010, s. 29).

Fobi ise normalde korku duyulmayacak belirli bir durum ya da belirli bir nesne karşısında ortaya çıkan aşırı bir korku halidir ve korku verici nesne ya da durumdan sakınmaya ve kaçınmaya karşı duyulan bir istek ile karakterize edilir (Beck ve Emery, 2011, s. 48; Öztürk ve Uluşahin, 2008, s. 462). Kişi, bu korkusunun orantısız ve yersiz olduğunun farkındadır ama yine de fobik nesne ya da durumdan kaçınmaya devam eder. Kişi kaçındıkça fobik belirtileri yatıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2008, s. 462; Trower ve

Turland, 1984). Belirli bir hedefi olan fobinin aksine, anksiyete genelleştirilebilir niteliktedir ve bireyin okul veya iş yaşamındaki sosyalleşme sürecini ve faaliyetlerini etkileyebilir (S. Levenkron ve A. Levenkron, 2013, s. 195).

Panik atak ise bir korku kuşatması olup algılanan tehlikeye gösterilen bedensel duyumlar eşliğindeki ani tepkidir. Panik atakları birden şiddetlenir ve saniyeler ya da dakikalar içerisinde doruk seviyeye ulaşır. Kişi panik ataklarını yaşadıkça kendine yönelik algısı ve güven duygusu olumsuz etkilenir. Panik ataklarını önlemek için de birtakım aktivitelerini kısıtlamaya ve kaçınma davranışları göstermeye başlar (Köroğlu, 2011; Tükel, 2002). Panik atağı sırasında baş, zihin, gözler, ağız ve boğaz, kalp, solunum, mide-bağırsak dizgesi, kaslar gibi vücudun değişik bölgelerinde çeşitli fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Hiperventilasyon (aşırı soluk alıp verme) nedeniyle baş dönmesi, sersemlik ve bayılacakmış hissi ortaya çıkar (APA, 2013). Kişinin olumsuz düşünce yapısı ve bu düşüncelere olan inanç düzeyi panik duygusunu destekler (Köroğlu, 2011, s. 4-9). Panik atak, otonomik deşarjların ve ölüm korkusunun eşlik ettiği akut, epidemik ve yoğun bir anksiyete atağıdır (B. Taneli, Y. Taneli ve T. Taneli, 2001).

#### **2. 1. 1. 4. Anksiyeteyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar**

Anksiyete, birçok faktörün etkileşimiyle ortaya çıkan bir duygu durumudur. Bazı insanlar, birtakım stresörler karşısında yüksek anksiyete deneyimlemeye daha yatkınken bazıları benzer uyarıcılar karşısında normal seyreden bir duygusal reaksiyon gösterebilirler. Psikolojik yaklaşımlar, anksiyeteyi kuramsal bir temele oturturken birbirinden farklılaşan birtakım argümanlar öne sürmüşlerdir. Aşağıda farklı yaklaşımların anksiyetenin nedenleri ve teorik yapısına ilişkin açıklamalarına yer verilmektedir. Bilişsel-davranışçı teorinin bakış açısı ise daha geniş bir şekilde açıklanmıştır.

##### **2. 1. 1. 4. 1. Biyolojik Paradigma**

Anksiyete, bireyi tehlikeden korumak için gelişmiş, kaçınma, tetikte olma ve uyarılmayı içeren bir dizi karakteristik davranışsal ve psikolojik tepkilerin eşlik ettiği bir durumdur. Genetik faktörler, patolojik anksiyetenin gelişiminde önemli bir risk faktörüdür (Smoller, Block ve Young, 2009). Anksiyeteli bir ebeveynin çocuğu da anksiyeteye yatkınlık gösterebilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003). Anksiyeteye yönelik yaşam boyu yatkınlık/eğilim erken gelişim döneminde genetik ve çevresel faktörlerin birleşik etkisi tarafından tanımlanır. Yetişkin psikopatolojisinde, erken çevresel risk faktörlerinin spesifik genetik varyasyonlara bağlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Gross ve Hen,

2004). Yani anksiyeteye yönelik genetik yatkınlığı, çevresel faktörler ve kişinin stres verici olayları algılama biçimi desteklerse yüksek anksiyetenin ortaya çıkma olasılığı artar.

Anksiyete, kompleks psikolojik ve davranışsal özellikleri barındırır. Bu özellikler ataklar/nöbetler (seizures), bellek ve dürtüsellik, saldırganlık gibi değişik davranışsal tepkilerle ilişkili olabilir. Bundan dolayı, anksiyetenin nörobiyolojisinde elde edilen ilerlemelerde, anksiyetenin tek bir nedensel faktörünü belirlemede zorluklarla karşılaşmıştır. Anksiyetenin oluşumunda birçok nörotransmitter rol oynamaktadır (Clement ve Chapouthier, 1998). Gamma Amino Butirik Asit (GABA)-Benzodiazepin Reseptörü, Klor-İyonofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem-Serotonerjik sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sistemi hem normal hem de patolojik anksiyete oluşumunda ve sürdürülmesinde önemli rollere sahiptir (Uzbay, 2004).

Birçok fizyolojik sistemdeki aktivite, optimum seviyeleri korumaya programlanmış homeostatik geribildirim mekanizmaları tarafından kontrol edilir. Fakat stres verici durumlar gibi bazı koşullar altında fizyolojik aktivitede yükselmeler gözlenir ve bu tür durumlara tekrar tekrar maruz kalmak patofizyolojik yönde değişikliklere neden olabilir. Bu durum, ruhsal bozuklukların etiyojisi veya prognozuna katkıda bulunabilir (T. Cox ve S. Cox, 1985). Beyindeki anksiyete duygularını düzenleyen kimyasal sistemler, beynin farklı bölgelerinde faaliyet gösteren birçok nörotransmitterin karmaşık etkileşimini gerektirir (Atkinson vd., 2002). Artmış amigdala aktivitesi anksiyete bozukluklarının genel bir özelliğidir. Serotonin hormonunun da anksiyete bozukluklarında rol oynadığını gösteren kanıtlar mevcuttur (Carlson, 2011).

Biyokimyasal dengesizlikler, genetik anormallikler ve beyin işlev bozuklukları biyolojik yaklaşımların genellikle odaklandığı anormallik nedenleridir. Bu üç faktör birbirini etkileyebilir. Örneğin, beyin işlev bozukluğu genetik faktörlerin bir sonucu olabilir ve biyokimyasal dengesizliklere yol açabilir. Beyin işlev bozukluğu yaşayan bireyler, psikolojik işlevsellikte de genellikle problem yaşamaktadır. Beyin arka beyin, orta beyin, ön beyin olmak üzere üç ana bölgeye ayrılır ve bir dizi kimyasalın etkili ve verimli çalışmasını gerektirir. Bu kimyasallar nörotransmitter ve hormonları içerir ve hormonlar endokrin sistem tarafından üretilir. Nörotransmitterler ve endokrin sistemin çalışması hassas bir denge gerektirir ve birçok faktör bu dengeyi bozabilir. Örneğin, genetik bir anormallik biyokimyasal sistemleri ve beyin gelişimini etkileyebilir. Bu durum da psikolojik bir bozukluğa yol açar (Nolen-Hoeksema, 2010, s. 30-35).

Birçok psikiyatrik bozukluk incelendiğinde, anksiyetenin bir geçiş semptomu, bir ara semptom ya da göreceli olarak ağırlık taşıyan bir semptom olarak ortaya çıkabildiği görülmektedir. Her türlü anksiyetenin ortaya çıkışında ve gelişiminde rol oynayan nöral mekanizmalar ve nörobiyolojik transformasyonlar esasında birbirine benzerlik gösterir.

Normal ve patolojik anksiyete sırasında psikolojik ve somatik belirtiler bireyin kontrolünde değildir (Taneli vd., 2001). Birçok anksiyete bozukluğunda, normal tepkiler anormalleşir ve savaş ya da kaç mekanizmasının düzeni bozulur. Tehdide yönelik tüm bu fizyolojik tepkilere ek olarak, karakteristik duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler oluşur. Duygusal olarak, korku ve dehşet hissedilir ve birey genellikle gergin ve huzursuz olur. Bilişsel olarak, birey tehlike arayışındadır. Davranışsal olarak, birey tehlikeye meydan okumaya veya tehlikeden kaçmaya çalışır. Gerçekçi bir korku tepkisinde, tehdit edici durum azaldığında bütün bu duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler de azalır. Anksiyete bozukluklarında, bu tepkiler tehdit nesnesinin yokluğunda da devam edebilmektedir (Noel-Hoeksema, 2010, s. 113-114). Birçok psikolojik bozukluğun önemli bir bileşeni olarak karşımıza çıkan anksiyetenin (Bienvenu ve Stein, 2003; Kanchanatawan vd., 2018; Olfson vd., 2017; Ruscio ve Khazanov, 2017; Swinbourne ve Touyz, 2007; Wood, Klebanoff, Renno, Fujii ve Danial, 2017) nedenlerine yönelik kapsamlı bir değerlendirmenin yapılması tedavi veya müdahalelerde etkili birtakım sonuçların elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

Herhangi bir tehdit ya da stres faktörüyle karşılaştığımız zaman, vücudumuz bununla başa çıkabilmek için harekete geçer. Tehdit karşısında gösterilen bir dizi fiziksel ve psikolojik tepki, bireyin bu olumsuz durumla savaşmasına ya da bu durumdan kaçmasına yardım eder. Savaş ya da kaç tepkisindeki psikolojik değişimler hipotalamus tarafından kontrol edilen iki sistemin aktive olmasıyla sonuçlanır: otonom sinir sistemi (özellikle bu sistemin sempatik bölümü) ve adrenal (böbreküstü) kortikal sistem (hormon salgınlm sistemi) (Atkinson vd., 2002; Noel-Hoeksema, 2010; Taneli vd., 2001). İlk olarak hipotalamus otonom sinir sisteminin sempatik bölümünü harekete geçirir. Kalp atım hızı, kan basıncı, solunum hızı artar ve kaslar gerginleşir. Sindirim gibi daha az hayati aktiviteler kısıtlanır (Ramsden, 2013). Hipotalamus kortikotropin-salınım faktörü (CRF/corticotropin-release factor) salgılayarak adrenal-kortikal sistemi aktive eder. CRF, hipofiz bezine vücudun başlıca stres hormonu olan adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılaması için sinyal gönderir (Arborelius, Owens, Plotsky ve Nemeroff, 1999). Aynı zamanda ACTH, her biri vücudun acil durumlara uyum sağlamasında rol oynayan yaklaşık otuz farklı hormon salgılaması için böbreküstü bezlerine sinyal gönderir. Son olarak, tehdit edici uyarıcı geçtiğinde hormonlar bu fizyolojik dalgalanmayı durdurması için beynin duyguları düzenlemeye yardımcı bir parçası olan hipokampüse sinyal gönderir. Dolayısıyla savaş ya da kaç mekanizması, karşılaşılan bir stresöre tepki olarak ortaya çıkan fizyolojik uyarılma seviyesini düzenleyen kendi geribildirim döngüsünü devreye sokar (Noel-Hoeksema, 2010, s. 113-114).

Anormalliğin tedavisine yönelik çoğu biyolojik temelli müdahale, ilaç tedavisini içerir. Kullanılan ilaçların, nörotransmitter sisteminin fonksiyonunu geliştirerek psikolojik semptomları azaltacağı düşünülür (Ramsden, 2013). Anksiyeteye yönelik ilaçların ilk grubunu yirminci yüzyılın başında tanıtılan barbitüratlar oluşturur (Noel-Hoeksema, 2010; Söylemez, Şentürk ve Çevik, 2010; Uzbay ve Yüksel, 2002). Gevşeme ve uyku konusunda etkili olmalarına karşı bu ilaçlar, büyük ölçüde bağımlılık yapıcıdır ve bırakıldıklarında kalp ritminin artması, deliryum ve konvülsiyonlar (ani kasılmalar) gibi hayati tehlikesi olan semptomlara neden olabilmektedirler. Anksiyete azaltıcı diğer önemli ilaç grubu benzodiazepinlerdir. Bu ilaç grubu, büyük ölçüde bireyin günlük yaşam işlevselliğini bozmadan anksiyete belirtilerini azaltıyor gibi görünmektedir. Bu ilaçların en yaygın kullanımı uyku hapi şeklindedir. Maalesef, bu ilaçlar da yüksek oranda bağımlılık yapıcıdır ve bu ilaçları altı hafta veya daha fazla kullanan bireylerin %80'inin kalp atışının hızlanması, irritabilite (çabuk öfkelenme) ve aşırı derecede terleme de dahil yoksunluk belirtileri gösterdiği gözlenmiştir (Noel-Hoeksema, 2010, s. 38).

#### **2. 1. 1. 4. 2. Psikanalitik Paradigma**

Modern psikoterapi tarihini başlatan psikanalitik paradigmaya göre insanın duygusal tepkileri biyolojisi tarafından belirlenmekte olup biyolojik kökenli saldırganlık ve cinsellik içgüdüleri ruhsal ve davranışsal tepkileri açıklamada önemli faktörlerdendir (Türkçapar, 2011, s. 8). Psikanalizin kurucusu Freud yapısal kişilik kuramında, kişiliği oluşturan üç temel sistemden bahseder: İd, ego, süperego. Bu üç yapı birbiriyle etkileşim içerisinde. İd, ego ve süperego arasındaki çatışma anksiyetenin yükselmesiyle sonuçlanır (Sharf, 2014, s. 32-33). İçgüdülerin ve dürtülerin kaynağı olan id, insanoğlunun ilk ruhsal bileşenidir. İdin tek dayanağı hazza diğer bir ifadeyle biyolojik dengeye ulaşmaktır. Bu da içgüdü ve dürtülerin deşarjı yani bunları doyuracak nesnelere ulaşmayla mümkündür (Özakkaş, 2017, s. 92-95). Benliğin (egonun) kendi başına bir kökeni yoktur ve altbenlikle dünya arasındaki çatışmanın bir ürünüdür (Türkçapar, 2011, s. 8). Ego, idden çıkarak gelişir ve gerçeklik ilkesine göre işler. Süperego, en son gelişen kişilik sistemidir ve vicdan ilkesine göre hareket eder. Süper ego, otorite figürlerinin içselleştirilmiş versiyonudur ve katı ahlaki standartları vardır (Murdock, 2014, s. 37). Bilince ve ürünlerine önem vermeyen psikanalitik paradigmaya göre insan kontrol edemediği birtakım gizil güçlerin kurbanıdır ve bu güçler de kaynağını buzdağının oldukça önemli bir kısmını oluşturan bilinçdışı materyalden alır.

Anksiyete bilinçaltı fantezi ve savunmalarla yakından ilişkili bir kavramdır. Anksiyete, kaynağının anlamı ve yoğunluğuna göre sinyal anksiyete ve travmatik anksiyete olarak

ikiye ayrılır. Sinyal anksiyetede, ego tehlikeli olarak tanımladığı durumlara karşı bireyi uyarmak için küçük miktarlarda anksiyete üretir. Travmatik anksiyetede ise ego, güçlü cinsel ve saldırgan dürtüler tarafından duygusal olarak ezilerek kontrolü kaybeder (Almond, 2007, s. 193).

Freud'a göre küçük bir çocuğun egosu, çocuğun gelişimiyle bağlantılı olarak çeşitli durumlarda anksiyeteyi deneyimler. Yaşamın ilk yıllarında bakım vereni tarafından sevgi veya yiyecek ihtiyacı karşılanmayan bebek, çaresiz ve bağımlı bir varlık olduğunu duyumsar (Sharf, 2014, s. 35). Çocuk daha aktif ve hareketli hale gelip ayrı bir insan olduğunun farkına vardığında ve kontrol mücadeleleri ile yaramaz davranışları ortaya çıktığında bu seferde bakım veren nesneyi ve bakım verenin sevgisini kaybetme korkusunu yaşar. Tabloya cinsellik dahil olduğunda ve çocuk kendi anatomisi hakkında merak duygusu geliştirip cinsel duyguları ve ebeveynine yönelik daha kompleks duygularına yönelik farkındalık geliştirdiğinde, kastrasyon anksiyetesi olarak ifade edilen iğdiş edilme korkusunu yaşayabilir. Okul çağına geldiğinde çocuğun süperegosu olgunlaşır. Anksiyete; kendini cezalandırma, utanma ve suçluluk hissetme gibi hoş olmayan duygular şeklinde şekil değiştirir. Birey gelişim basamaklarında anksiyete kaynaklı yoğun stres deneyimleme sonucunda, acıyı azaltmak için ego savunma mekanizmalarını geliştirir (Clemens, 2003). Böylece ego bütünlüğünü sağlamak için bilinçdışı mekanizmalar devreye sokulmuş olur.

Freud'a göre psikoseksüel gelişim aşamalarındaki başarısız seyir anksiyete semptomu şeklinde kendini gösterecek bir fiksasyon ile sonuçlanır. Her aşamada gerçekleştirilmesi beklenen farklı bir gelişim görevi olması dolayısıyla, bu aşamalarla ilişkilendirilen anksiyete de farklılaşmaktadır. Anksiyete tehlikeli durumlara ilişkin bilinçdışı fantezilerin bir işaretidir. Savunma mekanizmaları anksiyete tezahürlerini yeterince engelleyemediğinde ise semptomlar yüzeye çıkar ve anksiyete probleme dönüşür (Sweeney ve Pine, 2004). Sinir tiki, hırsızlık veya altını kirletme gibi nevrotik temelli problem davranışlar anksiyeteye karşı savunma mekanizması olarak oluşurlar (Wolff, 2009, s. 317). Psikodinamik perspektiften bakıldığında birey içten veya dıştan gelen tehdit edici unsurları denetim altına alamadığında anksiyete duygusunu yaşar. Freud gerçeklik anksiyetesi, nevrotik anksiyete ve ahlaki anksiyete olmak üzere üç tür anksiyeteden bahseder (Geçtan, 2002; Geçtan, 2003, s. 60).

Psikanalitik kuramcılardan Karen Horney'e göre kaygı gerçek ya da algılanan tehditlere karşı verilen bir tepki olmakla birlikte güçlü bir güdüleyicidir de. Freud'un aksine Horney, kaygının cinsel olmayan ortamlarda da görüldüğünü vurgulamıştır. Horney'e göre kaygı, bakım ve korunma konusunda ebeveyne bağımlılığın olduğu çocukluk döneminde de fazladır. Eğer çocuğun temel bakım ve güvenlik ihtiyaçları karşılanmazsa içsel

savunmaları devreye girer. Bu içsel savunmaların tehdit edildiği durumda ise birey daha da büyük bir kaygı yaşar (Morris, 2002, s. 463).

Freud'la yollarını ayıran ilk psikanalitik grup üyesi olan ve daha sonra çalışmalarını bireysel psikoloji adı altında şekillendiren Alfred Adler'e göre anksiyete, ilk çocukluktan başlayarak yaşanana kadar bireye eşlik eder. Anksiyete ilk ve en ilkel biçimde yalnız kaldığında dehşete düşen çocuklarda gözlemlenir ve bu durum yetişkinlerin yaşamında da benzer görüngüler içerir. Dışarı yalnız çıkmaktan hoşlanmama, açık alanlarda dehşet hissi yaşama bu görüngülere örnektir. Yaşamına acı katan, insanlarla temas kurup toplumsallaşmasından alıkoyan, yaşama ve dünyaya olumlu katkıda bulunmasının önüne geçen bu duygu durum, bireyin kişilik gelişimini ve toplumsal (ortak) refaha katkıda bulunma yeteneğini önemli ölçüde engeller. Adler'e göre anksiyete sadece titreme ve terleme gibi birtakım fiziksel belirtiler veya endişe uyandıran durumdan kaçma anlamına gelmez. Bireyin işini ağırdan alıp ötelemesi, durumlar karşısında kararsız davranması veya kaçınma davranışlarına hizmet eden bahaneler üretmesi biçiminde de açığa çıkabilir (Adler, 2016, s. 185-187). Bireyin gösterdiği her nevroz belirtisi, yaşam sorunlarından kaçışını haklı göstermesine yardımcı olmaktadır. Birey toplumsal yaşam sorunlarıyla karşılaştığında eğer bunların üstesinden gelebilecek hazırlığa sahip değilse birtakım nevroz belirtileri gösterir (Adler, 2004, s. 189). Adler, bireyin duygusal tepkilerinin ve yaşam stilinin temel inançlarıyla bağlantılı olduğunu ve bilişsel düzeyde gerçekleştiğini öne sürer. Bireyin gerçeğe ilişkin öznel algılaması üzerinde durur ve yaşantıya yönelik algı değişirse ilişkili duygunun da değişeceğini belirtir (Corey, 2008).

Psikodinamik yaklaşımlara göre, bireyin anksiyeteye başa çıkma çabasında mantığa uygun çözümleri yetersiz kalırsa, ego bütünlüğünü korumak için gerçekçi olmayan yöntemlere başvurarak ego savunma mekanizmalarını devreye sokar. Bastırma, yadsıma, rasyonalizasyon, yansıtma, yüceltme, özdeşleşme, ödünleme, gerileme, içselleştirme ve yön değiştirme ego savunma mekanizmalarına örnek verilebilir. Organizma savunma mekanizmalarını kullanarak psikolojik bütünlüğünü ve dengesini korumayı hedefler. Fakat birey, ego savunma mekanizmalarını aşırı bir şekilde kullanmaya başlarsa psikolojik problemlilik ortaya çıkar ve nevrozik davranışlar görülmeye başlanır. Birey gelişimini ve problemlerle başa çıkmasını engelleyecek kaçınma davranışları içerisine girer, benliğiyle gerçeklik arasında çatışma yaşar, güvensizlik ve çaresizlik duygularını yoğun bir şekilde hisseder (Geçtan, 2002, 2003).

1900'lü yılların başlarında otorite konumunda olmasına rağmen Freud'un psikanalitik kuramı ilerleyen yıllarda birtakım eleştirilere maruz kalmıştır. Kuramın deneysel bir temele dayanmaması, klinik uygulama sürecinin çok uzun sürmesi ve başarıyla sonuçlanamaması bu eleştiriler arasındadır (Türkçapar, 2011, s. 41). Bu yaklaşıma



yapılan birçok eleştirinin sonradan birer kurama dönüşmesi ise yaklaşımın psikoloji alanına sağladığı önemli bir katkıdır. Günümüzde psikolojik problemlilikle ilgili yapılan bilimsel değerlendirmelerde ise psikanalitik kuramın birtakım yansımalarının görülüyor olması dikkate değer bir konudur.

### 2. 1. 1. 4. 3. Davranışçı Paradigma

Davranışçılığın hareket noktasını davranış bilimleri araştırmaları ve laboratuvarlarda yapılan deneyler oluşturmuştur. Psikanalize bir tepki olarak doğan bu paradigmada, bilimin gözlenebilir olanı temel alması ilkesine dayalı olarak ruhbilimin içsel süreçleri değil gözlenebilir ve ölçülebilir insan davranışlarını incelemesi gerektiği öne sürülmüştür. Davranışçılara göre insan dünyaya geldiğinde zihni boş bir levhaya benzer ve öğrenme sonucu elde ettiği deneyimlerle birtakım davranışları kazanır. Bu paradigmaya göre davranışlar ve fizyolojik tepkilerden oluşan bireyin bilinçli zihinsel süreçlerinin veya bilinçdışı süreçlerinin ve savunma düzeneklerinin önemi yoktur (Türkçapar, 2011, s. 13-14; Türkçapar ve Sargın, 2012). Davranışçı paradigma da bilince ve ürünlerine önem vermeyip çevre, uyaran-tepki ve öğrenme yaşantılarını vurgulamıştır.

Anksiyete, ana psikoloji akımlarının dikkatle incelediği önemli bir konu olmuşken davranışçılar anksiyete ya da daha genel olarak duygu üzerinde çok durmamışlardır. Bunun başlıca nedeni davranışçıların anksiyeteyi teknik olarak tanımlı yapılmayan belirsiz bir metaforik kavram olarak görmesidir (Friman, Hayes ve Wilson, 1998). Davranışçılar, uyaran-çevre ilişkisi ve öğrenme bağlamında durumları incelerler. Eğer birey kaçma veya kaçınma davranışına giriyor ise bu mekanizmayı devreye sokan dışsal uyarıcılar söz konusudur. Pavlov'un klasik koşullanma paradigmasıyla, insandaki duygusal davranış ve korku teorik olarak yorumlanmaya çalışılmış ve fobiler, koşullanmış kaygı (korku) tepkileri olarak kabul edilmiştir. Bu paradigmaya göre, basit veya kompleks herhangi bir nötr uyarıcı, zamanla korku tepkisini ortaya çıkaran koşullu bir uyarıcıya dönüşür (Delprato ve McGlynn, 1984; Gray ve McNaughton, 2003). Duygunun bilimsel olarak analiz edilmesinde, radikal davranışçılardan Skinner ihtiyaç duyulan açılımı sağlasa da vurguladığı noktanın doğrudan koşullanma olması çalışmalarını sınırlandırmıştır. Skinner bu durumu, elektrik şokundan önce zile basılmasına benzetir. Yani otonom sinir sisteminde anksiyete olarak hissedilen reaksiyonun ortaya çıkması için zil gibi dışsal bir uyarıcı gerekmektedir. Bireyin davranışı anksiyete hissettiği için değişmez, davranışını bu hissi ortaya çıkartan engelleyici koşullar değiştirir. Skinner'e göre duygu ve davranış değişikliği ortak bir nedene dayalıdır fakat duygular, davranışın teori ve pratiğinde işlevsel bir öneme sahip değildir (Friman vd., 1998). Öte yandan anksiyetenin davranışsal analizi açısından

bakıldığında, bu yaklaşımda güçlü metodolojiler ve tutarlı bir teorik çerçeveye karşılaşılr. Fakat dünya çapında anksiyetenin davranışsal-analitik bir perspektiften deneysel analizini sürdüren laboratuvar sayısı çok azdır (Dymond ve Roche, 2009). Anksiyeteye başa çıkmada kullanılan davranışçı teknikler ve etkililikleri, bilişsel-davranışçı terapinin davranışçı paradigmaya dayalı bu teknikleri kendi ekölü içerisinde entegre etmesini anlamamıza yardımcı olacaktır.

#### **2. 1. 1. 4. 4. Diğer Yaklaşımlar**

Bu başlık altında varoluşçu yaklaşım, danışan merkezli yaklaşım, gestalt yaklaşım ve kişilerarası terapinin anksiyeteye yönelik görüşlerine yer verilmektedir.

##### **2. 1. 1. 4. 4. 1. Varoluşçu Yaklaşım**

İnsanı gerçekte olduğu gibi anlamaya çalışan bu yaklaşım, yaşamına anlam veren bireyin kendisi olduğunu öne sürer. Birey seçme özgürlüğünün olması nedeniyle yaşamı, davranışları ve eylemlerinden sorumludur. Özgürlük ve sorumluluk çatışması ise kaygı ve sıkıntıya yol açar (Köknel, 2013, s. 246). Varoluşçu yaklaşım, insan davranışlarının nesnellik ve nedensellik ilkeleri çerçevesinde açıklanmasına karşı çıkmıştır. Varoluşçulara göre, nesnellik kaygısı güden her tür indirgeycilik bireyi anlamada yanılmalara yol açacaktır Dolayısıyla insan bilimlerinin amacı özneyi anlamak olmalıdır (Güleç, 2009, s. 116). Varoluşçu terapistlere göre, kaygı gelişimin potansiyel bir kaynağı olup bireyin hayatta kalma, korunma ve varlığını sürdürme çabalarından doğmaktadır. Normal kaygı ile nörotik kaygıyı birbirinden ayıran varoluşçu yaklaşım, normal kaygının olay ve durumlar karşısında uygun tepkileri içerdiğini öne sürer. Varoluş kaygısı da normal kaygının yapıcı bir şekli olup bireyin gelişimini tetikleyici niteliktedir. Nörotik kaygı ise bireyin farkındalık alanının dışında olup işlevselliğini düşürücü niteliktedir (Corey, 2008, s. 161). Varoluşçu psikoterapi bireyi dürtüler, arketipler, koşullanmalar ve irrasyonel inançların bir kompozisyonu olarak görmez. Bireye bir olgu, durum veya vaka olarak da yaklaşmaz. Bireyler, ümitleri, korkuları, ilişkileri olan ve kendi yaşamına anlam katmak için uğraşan, düşünen, hissedilen, mücadele eden ve acı çeken varlıklar olarak değerlendirilir. Anksiyete ise bireyin hayatında her zaman var olmakla birlikte yaratıcı ve yaşam kalitesini yükseltecek şekilde yönlendirilebilir (Yalom ve Josselson, 2011, s. 340-341).

#### **2. 1. 1. 4. 4. 2. Danışan Merkezli Yaklaşım**

İnsancıl psikoterapinin öncülerinden olan Rogers'a göre birey sahip olduğu bilgilerle ve kendilik kavramıyla çelişen bir bilgiyle karşılaştığında kaygı hissetmeye başlar ve kendilik kavramıyla tutarlı olmayan yaşantılarını veya olumsuz bir değere sahip deneyimlerini algılamakta zorlanır (Murdock, 2014). Bu çelişkili bilgi bireyin kendilik kavramını çok fazla tehdit ediyorsa bununla başa çıkması zorlaşır ve birey bu bilgiyi bastırarak bilinç düzeyinin altına iter. Karşılaştığı olumlu bilginin kendilik kavramıyla çelişmesi durumunda da birey kaygı yaşayabilir. Bireyler yoğun kaygıyla başa çıkabilmek için, bastırdıkları bilginin bilinç düzeyine ulaşmasını engelleyecek savunma mekanizmalarına başvururlar. Birey çocukluğunda değer görme ve olumlu kabulü koşullu bir şekilde elde ettiği için (örneğin kendisinden beklenileni yerine getirdiğinde bakım verenin sevgi ve şefkatini açık bir şekilde göstermesi), yaşamının ilerleyen süreçlerinde tutarsız ve kendilik algısıyla çelişen bilgiyle karşılaştığında kaygı yaşar. Eğer çocuk koşulsuz olumlu kabul ve değer gördüğü bir ortamda büyürse hataları, eksiklikleri ve zayıflıklarına rağmen kabul göreceğini ve sevileceğini bilir. Dolayısıyla koşulsuz kabulün ortadan kalkmasına yol açacak duygu, düşünce ve zayıflıklarını inkâr yoluna başvurmayarak karşılaştığı yeni bilgileri kendilik kavramlarıyla bütünleştirmesi kolaylaşır (Burger, 2006, s. 425-429). Bireyin koşullu değer görmesi özgüven veya özsaygı eksikliği geliştirmesine yol açarak kaygı, savunmacı tepkiler ya da bozulmuş davranışlar sergilemesine neden olur. Terapi sürecinde ise terapistin içtenliği, koşulsuz olumlu kabulü ve empatik tutumu danışanların psikolojik olarak iyileşme göstermelerini sağlar (Sharf, 2014).

#### **2. 1. 1. 4. 4. 3. Gestalt Yaklaşım**

Gestalt terapi farkındalık, şimdiki zaman, bitirilmemiş işler, temas biçimleri ve duygular üzerine odaklanır. Geçmişteki bitirilmemiş işlerin kaygı, keder, acı, nefret, suçluluk gibi duygularla kendilerini açığa vurduğunu öne sürer (Corey, 2008, s. 217). Kişi ve çevreyi bir bütün olarak ele alan gestalt yaklaşım, kişinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için çevresiyle temas kurması gerektiğine vurgu yapar. Temas sırasında dışarıdan bir şey alındığı gibi dışarıya da bir şey verilir. Temas yollarının açık olması durumunda iyi bir temas sağlanabilir. Kişi ile çevre arasındaki dengenin bozulması, sadece kişi ya da sadece çevredeki bozulmalardan kaynaklanmaz. Gestalt yaklaşımın burada odaklandığı nokta, kişi ile çevre arasındaki "temas sınırında" ortaya çıkan bozukluklardır (Daş, 2010). Farkındalık döngüsünde aksamaların olması, temas sınırlarında problemlere yol

açmaktadır (Murdock, 2014). Bireyin temas döngüsünde sürekli engellenmeler yaşaması ise anksiyeteye yol açmaktadır (Akça, Şahin ve Vazgeçer, 2011; Murdock, 2014, s. 214).

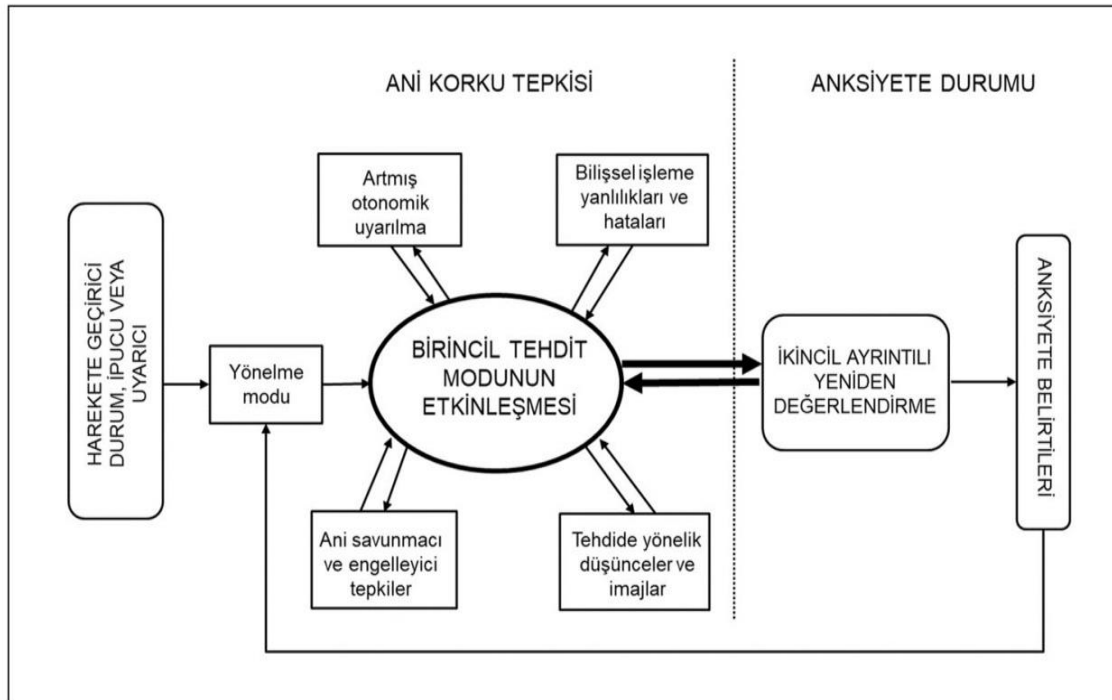
Gestalt terapi anksiyetenin hem psikolojik hem de fizyolojik tanımını yapar. Anksiyetenin fizyolojik tanımı: bireyin, engellendiğinde veya heyecanlandığında nefes almada zorluk yaşaması olarak ifade edilir. Birey hiperventilasyon yoluyla da anksiyetenin fiziksel semptomlarını kendisinde oluşturabilir. Anksiyetenin psikolojik tanımı ise bireyin şimdi ve burada olamaması, şimdisi ile sonrası arasında boşluk olması olarak belirtilmiştir. Şimdide bulunan ve duyularıyla temasta olan bireylerin kaygılı olma ihtimali düşüktür (Nelson-Jones, 2000, s. 156; Yontef ve Jacobs, 2011). Çünkü heyecanlarını, bitmemiş işlerine çözüm bulan spontanlık ve yaratıcılığa dönüştürebilirler. Fantezileri, önyargıları, endişeleri gibi faktörler kendileri ve çevreleriyle iyi bir temas kurmalarını engellemez. Bu bireyler yaşamda makul riskler almak için de kendilerini hazır hissederler (Nelson-Jones, 2000).

#### **2. 1. 1. 4. 4. 4. Kişilerarası Terapi**

Kişilerarası terapi 1970'lerin başında Klerman ve Weissman'ın depresyon için geliştirmiş olduğu süre sınırlı, danışanın mevcut yaşam olaylarını inceleyen (şimdi ve buradaki ilişkileri), tanı odaklı ve kanıta dayalı bir müdahale yöntemidir (Weissman, Markowitz ve Klerman, 2017). Bu yaklaşımın savunucuları, karakteristik özelliklerinin veya kişilik tipinin bireyin sosyal etkileşimlerindeki tepkilerini şekillendirdiğini kabul eder. Bu yaklaşım, psikolojik problemlerde biyolojik ve psikolojik tetikleyicilerin rolünü göz ardı etmemekle birlikte, ruhsal problemlerin kişilerarası ilişkiler bağlamında oluştuğunu öne sürmektedir. Depresyon ya da anksiyete gibi psikolojik problemlere ait belirtilerinin azaltılmasında ise danışanın kişilerarası ilişkilerindeki stresörlere odaklanır. Müdahale sürecinde, danışanın halihazırdaki sosyal işlevselliği ve ilişki örüntülerinin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi önemlidir. Terapist, danışana psikolojik belirtilerinin başlangıcı ve sürdürülmesi ile mevcut problemlerli kişilerarası ilişkileri arasındaki bağlantıya yönelik eğitim verir (Goldstein ve Gruenberg, 2007). Bu yaklaşımda; yas, kişilerarası anlaşmazlıklar, rol geçişleri ve sosyal yetersizlikler şeklinde belirlenen dört kişilerarası problem alanına yönelik amaçlar tanımlandıktan sonra bu amaçlara yönelik kullanılacak stratejiler belirlenir. Terapi süreci ise 12 ile 16 oturumda tamamlanmak üzere tasarlanmıştır (Sharf, 2014, s. 538-547).

## 2. 1. 1. 4. 5. Bilişsel-Davranışçı Paradigma

Bilişsel (cognitive) terapi ilk olarak Aaron Beck tarafından 1960'lı yıllarda depresyonun tedavisi için geliştirilmiştir. Depresif bireyin, kendisine, dünyaya ve geleceğe yönelik görüşlerini olumsuz etkileyen depresif bir şema setiyle dünyayı gözden geçirdiğini öne sürer (Rehm, 1990). Beck, insanların duygusal tepkilerinin olayları algılama ve yorumlama biçimlerine bağlı olduğunu belirtmiştir (Corey, 2008). Beck'e göre psikopatolojik semptomlar *üzüntü (keder, elem)*, *sevinç/coşku*, *bunaltı ve öfkeden* oluşan dört temel duygusal tepkiye yol açan algıların abartılmış ve süreklileşmiş biçimidir. Beck psikopatolojik durumların temelini çocukluk döneminde edinilen çarpık algılama, yanlış değerlendirme ve hatalı düşünce yapısından aldığı ifade eder (Beck, 1991, 2008). Dolayısıyla bilişsel yapıdaki bozukluklar, olayları algılama ve değerlendirmedeki mantık hataları bilişsel terapide çalışılan konulardandır. Psikolojik problem yaşayan bireyin kendisini, dünyayı ve geleceğini algılaması ve değerlendirmesi hatalı ve yanlış varsayımlara dayanır. Bilişsel terapide amaç, temeli çocukluk yaşantılarına dayanan bireyin kalıplaşmış algılama ve değerlendirme kriterlerinin değiştirilmesini, alternatif düşünce yapısının kazandırılmasını, danışanın kendisine, dünyaya ve geleceğe daha esnek bir perspektiften bakmasını sağlamaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2008, s. 965-966; Reinecke, Dattilo ve Freeman, 2015). Beck, her bir psikopatolojik bozukluğu diğerinden ayıran kendine özgü belirli bir bilişsel içeriğinin bulunduğunu ve terapinin amacının da danışanın düşünce yapısındaki çarpıtma ve önyargılarını, kendine özgü bilişsel şemalarını tanımlamak ve değiştirmek olduğunu öne sürmüştür. Bilişsel modele göre nevrotik işleyişte, danışanın kendiliğinden tamamladığı olumsuz bir bilgi işlemesi vardır ve bu da nevrotik işleyişin sürdürülmesine veya kötüleşmesine yol açar. Bilişsel terapi, bilinç ve ürünleriyle ilgilenir ve danışanın bilinçli bilgi işleme süreçleri terapide üzerinde durulan noktalardandır. Bireyin depresyon, anksiyete ve öfke duygusunu normal dışı bir düzeyde yaşamasına yol açan varsayımlarını, kurallarını ve değerlerini açığa çıkarmak önemlidir (Leahy, 2007, s. 23-25). Bilişsel terapide anksiyeteye yol açan temel korkunun keşfedilmesi önemlidir (Clark ve Beck, 2012). Şekil 1'de anksiyetenin bilişsel modeli verilmiştir.



Şekil 1. Anksiyetenin bilişsel modeli (Clark ve Beck, 2010, s. 32).

#### 2. 1. 1. 4. 5. 1. Beck ve Ellis'in Modelleri

Beck'in bilişsel modelinin hiyerarşik yapısına göre bilişsel fenomenler, çeşitli düzeylerde anksiyetenin kaynaklarına katkıda bulunmaktadır. Anksiyetenin değişik düzeyleri bir piramide benzetildiğinde, piramidin tepesinde bilinç kognisyonları ve otomatik düşünceler bulunur. Piramidin ortasında, daha dayanıklı kavramsal temalar bulunur ve bu temalar geçici kognisyonlardan farklıdır. Piramidin geniş tabanında ise kökleşmiş yanlış inançlar, kavramlar, tutumlar, gizlenen şablonlar ve bilişsel şemalar bulunur. Şemalar bireyin olaylarını, inançlarını, tutumlarını, belirsiz tehdit senaryoları hakkındaki düşüncelerini organize eden zihinsel bilgi yapılarıdır. Bilişsel bakış açısına göre yorumlandığında şemalar, anksiyete bozukluklarında bilgi işlemeyi şekillendiren temel bilişsel mekanizmalardır (Riskind, 2007, s. 144-145). Şemalar, basit kavramların tasvirlerinden karmaşık yorumlayıcı kurallara kadar çeşitlilik gösterir (Rehm, 1990). Uyumsuz şemalar aktive olduğunda, bilginin işlenmesinde sistematik çarpıklıklara neden olurlar. Böylece uyumsuz şemalar teyit edilerek daha da sağlamlaşırken; bu çarpıtmalarla tutarsız olan uyumlu şemalar bastırılır Beck'e göre her bir psikopatolojik durum belirli bir bilişsel profile sahiptir. Anksiyete durumlarına özgü bilişsel profil, bireyin kişisel alanına yönelik algıladığı fiziksel ya da psikolojik tehdit temasını içerir (Beck ve Clark, 1988).

Ellis'in akılcı-duygusal-davranışçı terapisi (ADDT), 1950'lerde bir kişilik teorisi ve psikoterapi yöntemi olarak geliştirilmiş olup ilk başta rasyonel terapi olarak adlandırılmıştır (Ellis, 2011). Başlangıçta, danışanların birincil ve ikincil problemlerini de içeren duygusal rahatsızlıklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olacak öncü bir BDT biçimi olarak geliştirilmiştir. ADDT, özellikle Epictetus, Marcuz Aurelius, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A. J. Ayer, Hans Reichenbach ve Karl Ropper gibi birçok filozofun yazılarından etkilenmiştir. Ellis kuramında; Adler, Coue, Dubois, Frankl, Herzberg, Johnson, Horney, Kelly, Low ve Rotter gibi önemli terapistlerin psikolojiye dair bazı görüşlerinden de etkilenmiştir. ADDT'nin temel amaçları, insanların daha akılcı (bilimsel, açık, esnek) düşünmelerine; daha uygun hissetmelerine ve daha işlevsel (verimli) davranmalarına yardımcı olmaktır. Ellis'in kuramında duygular uygun (sağlıklı) negatif/pozitif duygular (örn. üzüntü, pişmanlık, hayal kırıklığı, honutsuzluk/sevgi, mutluluk, zevk, merak) ve uygun olmayan (sağlıklı olmayan) negatif/pozitif duygular (örn. depresyon, anksiyete, umutsuzluk, değersizlik/büyüklenmecilik, düşmanlık, paranoya) olarak kategorize edilir (Ellis ve Bernard, 1985). Sağlıklı negatif/olumsuz duygular, istenmedik durumlar karşısında bireyi amaçlarına ulaşmaktan alıkoymayan yapıcı duygusal tepkiler iken; sağlıklı olmayan olumsuz duygular dayatmacı ve yıkıcı bir içeriktedir (Köroğlu, 2015, s. 12). Ellis, uygun olmayan negatif bir duygu olan anksiyeteyi, huzursuzluk anksiyetesi (discomfort anxiety/korkudan korkma) ve ego anksiyetesi (ego anxiety/başarısızlık ve reddedilmeden korkma) şeklinde iki forma ayırır ve bunlar arasında ayırım yapar (Campbell, 1985; Ellis, 1980). Huzursuzluk anksiyetesini, insanların (1) yaşamı veya konforu tehdit edildiğinde, (2) istediklerini elde etmeleri gerektiğinde, (3) elde etmeleri gereken bir şeyi elde edememelerini korkunç veya felaket olarak nitelendirdikleri durumda hissettikleri duygusal gerilim olarak tanımlamıştır. Ego anksiyetesi ise insanların (1) benliklerinin (kendilik) veya kişisel değerlerinin tehdit altında olduğu, (2) iyi bir performans sergilemeleri ve/veya başkaları tarafından onaylanmaları gerektiği, (3) gerektiği gibi iyi bir performans ve/veya diğerlerinin onayını alamadıkları durumlarda hissettikleri duygusal gerilimdir. Ego anksiyetesi, şiddetli depresyon, utanç, suçluluk ve yetersizlik hissinin eşlik ettiği; sıklıkla insanları terapi almaya (veya intihara) iten dramatik ve güçlü bir duygudur. Huzursuzluk anksiyetesi ise daha az dramatik olmakla birlikte daha yaygındır. Bu anksiyete türü bazı bireylerde rahatsızlık veya tehlike hissini uyandıran yükseklik korkusu, açık alanlar ve asansörler gibi belirli durumlara özgü olabilir (Ellis, 2003a). Ellis'in ABC kişilik kuramı ADDT kuram ve uygulamalarının merkezini oluşturur. ABC modelinde (A) aktive edici/harekete geçirici olay; (B) bireyin A'ya yönelik inancı; (C) duygusal ve davranışsal sonuçlardır. Bu mekanizmada C'nin nedeni A değil B'dir (Corey, 2008; Köroğlu, 2009). Çünkü bireyin duygusal, davranışsal ve bilişsel

sonuçları büyük oranda B'deki rasyonel ve irrasyonel biliş/inanç sistemi tarafından yaratılır. A-B-C'den sonra keşfetme, tartışma ve ayrıştırma bileşenlerinden oluşan (D) noktası gelir (Ellis, David ve Lynn, 2009). Şiddetli anksiyete ve depresyon gibi istenmeyen bir duygusal sonuç ortaya çıktığında, bu genellikle kişinin akılcı olmayan inançlarını içerir (Buschmann, Horn, Blankenship, Garcia ve Bohan, 2017). Bu inançlar (D) noktasında etkili bir şekilde tartışılarak, irrasyonelliklerine karşı akılcı ve davranışsal meydan okumalar gerçekleştirilir. Böylece rahatsız edici duygusal ve davranışsal sonuçlarda azalma görülür (Ellis, 2011). (E) noktasında ise danışanlar etkili bir davranış biçimi ve yaşam felsefesine ulaşarak irrasyonel ve sağlıksız düşünce/inançlarını rasyonel ve sağlıklı olanlarla değiştirir ve (F) noktasında yeni ve sağlıklı bir duygu durumuna geçerler (Corey, 2008; Murdock, 2014).

### **2. 1. 1. 5. Epidemiyoloji**

#### **2. 1. 1. 5. 1. Sıklık ve Yaygınlık**

Geniş örneklemelemelere dayalı anketlere göre nüfusun %33.7'si yaşamları boyunca bir anksiyete bozukluğundan etkilenmektedir. Panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobiler ve ayrılma anksiyetesi bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları en yaygın görülen ruhsal bozukluklardır. Kronik bir seyir izleyen anksiyete bozuklukları diğer anksiyete bozuklukları ve ruhsal bozukluklar ile yüksek bir komorbidite oranı göstermekte olup bu bozuklukların kadınlardaki yaygınlığı erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha fazladır (Bandelow ve Michaelis, 2015). Anksiyete ile ilgili gözden geçirme çalışmalarının incelendiği bir çalışmada, özgün araştırmalar arasındaki anksiyete bozukluğu prevalansının yüksek heterojenliğine rağmen; kadınlarda (%4.5-11.0), ergenlerde ve genç yetişkinlerde (%3.7-9.3), yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki bireylerde (%3.7-10.4) ve kronik hastalığı olan bireylerde (%1.4-70.0) yüksek anksiyete bozukluğu prevalansına ilişkin güçlü kanıtlar mevcuttur (Remes, Brayne ve Lafortune, 2014). Batı ülkelerindeki anksiyete bozukluğu yaşam boyu yaygınlık oranlarının %13.6 ile %28.8 arasında olduğunu ifade eden bir çalışmada, 10-25 yaş arasındaki bireylerin bu bozukluğun gelişimi açısından en yüksek risk grubunu oluşturduğu öne sürülmektedir (Michael, Zetsche ve Margraf, 2007). Anksiyete bozukluklarına ilişkin literatürün gözden geçirildiği başka bir çalışmada ise birleştirilmiş bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlık oranları sırasıyla %10.6 ve %16.6 bulunmuştur (Somers, Goldner, Waraich ve Hsu, 2006). ABD'deki ulusal eşitlik araştırması replikasyonu verilerine göre %18.1 olan on iki aylık prevalans oranı (Kessler, Chiu, Demler ve Walters, 2005a) ve %28.8 olan yaşam boyu prevalans oranı (Kessler vd., 2005b) ile anksiyete bozuklukları en yaygın görülen



bozukluk kümesi olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2004-2005 yıllarında bir hastanenin çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne ilk kez başvuran 12-19 yaşındaki 755 ergenin dosyalarının geriye dönük incelenmesi şeklinde yürütülen bir çalışmada ise anksiyete bozuklukları en sık görülen tanılardan biri olmuştur. Aynı çalışmada bu tanıya sahip ergenlerin daha çok sinirlilik ve sıklıkla baş ağrısı şeklindeki bedensel yakınmalar nedeniyle hastaneye başvurduğu görülmektedir (Akdemir ve Çuhadaroğlu-Çetin, 2008).

### **2. 1. 1. 5. 2. Anksiyeteyle İlgili Çevresel Unsurlar ve Risk Faktörleri**

Endişe ve umut bir spektrumun iki karşıt ucunda yer almaktadır (De Souza, 1987). Anksiyete duygusunun ortaya çıkmasına yol açan ortamların bazı ortak özellikleri mevcuttur. Bunlar şu şekilde belirtilebilir: a) alışlagelmiş desteğin ortadan kalkması, b) olumsuz sonuç beklentisinin olduğu durumlar, c) iç çelişki, d) belirsizliğe yol açma. Anksiyetenin derecesi ve başarılmak istenen görev veya performansın zorluk düzeyi ise kaygının yararlı ya da zararlı olup olmadığının anlaşılmasında önemli iki faktördür (Cüceloğlu, 1990, s. 277-278).

İnsanlar ciddi stresörlerle karşılaştıklarında yoğunlaşma ve düşüncelerini mantıksal bir biçimde organize etmede sıkıntı yaşayabilirler. Dolayısıyla bu stres verici nedenler karşısında gerçek bir bilişsel bozukluk gösterebilirler. Bu durum karmaşık birtakım görevlerde kötü bir performans eğilimi göstermelerine yol açabilir. Bilişsel bozukluğun iki kaynağı olabilir. Yüksek duygusal uyarılma düzeyi zihnin bilgi işleme süreçlerine olumsuz bir şekilde etki edebilir. Bilişsel bozulmanın bir diğer kaynağı stresle karşılaşıldığında zihnimizden geçen düşüncelerin çarpıtılması da olabilir. Anksiyetenin yükselmesi sonucunda da bellekteki birtakım bilgilerin geri çağırılması zorlaşır ve bireyler çözüme ulaştırıcı alternatif davranış örüntülerini görmekte güçlük yaşarlar (Atkinson vd., 2002: 497-498).

Bir dizi kişisel faktör, insanların anksiyete bozukluğu geliştirmelerine zemin hazırlayabilir. Kişisel faktörler içerisinde anksiyeteye yönelik genetik yatkınlık, davranışsal olarak inhibe olmuş (engellenmiş) mizaç, tehdit odaklı bilişsel önyargılar, güvensiz bağlanma ve nörotisizm, içedönüklük, düşük özdenetim ile hareket etme, anksiyete duyarlılığı, olumsuz değerlendirilme korkusu, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik, düşünce-eylem kaynaşması (düşünce-eylem füzyonu), aleksitimi gibi özellikler sayılabilir (Carr, 2012, s. 159). Kişisel özellikler ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkilerin araştırılması psikopatolojik durumların anlaşılmasına önemli katkılar sağlar. Kotov, Watson, Robles ve Schmidt'in (2007) dört kişilik özelliği (negatif duygusallık, pozitif duygusallık, anksiyete duyarlılığı ve olumsuz değerlendirilme duyarlılığı) ile dört anksiyete

belirtisi (kronik endişe, obsesif kompulsif belirtiler, panik ve sosyal anksiyete) arasındaki ilişkileri model üzerinde test ettikleri bir araştırmada kişilik-psikopatoloji ilişkisine yönelik önemli bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmada negatif duygusallık dört belirti boyutuyla; anksiyete duyarlılığı panik ve kronik endişeyle, olumsuz değerlendirilme duyarlılığı sosyal anksiyete ve kronik endişe ile; düşük pozitif duygusallık ise sosyal anksiyete ile ilişkili bulunmuştur.

Cinsiyet ve anksiyete ilişkisine değinilecek olursa, kadınların erkeklere oranla patolojik anksiyete yaşantılarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Kağan, 2012; Kinrys ve Wygant, 2005; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley ve Allen, 1998; McLean, Asnaani, Litz ve Hofmann, 2011; Pigott, 1999). Bunun nedeni kesin bir şekilde bilinmemekle birlikte etki eden birçok değişken vardır. Genetik faktörler, kadınların negatif duygulanım ve sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olması, cinsel istismar gibi bazı travmatik olayları yaşama risklerinin daha fazla olması (Gavranidou ve Rosner, 2003), problem odaklı başa çıkmadan ziyade genellikle duygu odaklı başa çıkmayı kullanmaları (Matud, 2004), erkeklere oranla daha düşük bir özyeterlik sergilemeleri, adet döngüsü ve gebelik gibi özel durumlarındaki hormonal değişiklikler bu değişkenlere örnek verilebilir (McLean ve Anderson, 2009).

Çevresel faktörler kategorisinde ise ailesel faktörler ve sosyoekonomik düzeyden (SED) bahsedilebilir. Anne-babanın ebeveynlik stili ve çocuk yetiştirme tarzı ile çocuğun anksiyete geliştirmesi ilişkili olabilmektedir (Rapee, 1997; Yap ve Jorm, 2015). Kontrolcü, eleştirelliği benimsemiş ve tehdit odaklı bir aile kültürünü teşvik eden kaygılı ebeveynlerden oluşmuş stres verici bir aile ortamında veya aile içi şiddet ya da çocuk istismarı ile karakterize bir ailede yetişmek bireyin anksiyete bozukluğu geliştirmesine zemin hazırlayabilir. Çocuk tehdit odaklı inanç sistemlerini ve kaçınmaya dönük başa çıkma becerilerini benimseyen aile üyeleriyle etkileşimde bulundukça kendisi de tehlide duyarlı hale gelir ve kaçınmaya dönük başa çıkma tarzları geliştirir. Bu da bireyin anksiyetesini devam ettirmesiyle sonuçlanır (Carr, 2012, s. 159). Erken yaşlarda travmatik olaylara maruz kalan çocuklar, depresyon ve anksiyete bozukluğunun gelişimi açısından önemli bir risk altındadır. Bu yaşam dönemlerinde maruz kalınan stres, bireyin nörobiyolojisinde birtakım değişikliklere yol açarak psikopatolojiye yatkınlığını arttırmaktadır (Heim ve Nemeroff, 2001).

Düşük SED de yüksek anksiyete belirtileri ile ilişkili olabilmektedir (Gallo ve Matthews, 2003). Yüksek ve orta SED'e sahip ebeveynde anksiyete bozukluğunun olması, çocukta da bu bozukluğun ortaya çıkması açısından yüksek bir risk oluşturmazken; durum anksiyete bozukluğu olan ve düşük SED'e sahip ebeveynin çocuğu için farklıdır. İkinci tabloda yer alan bir çocuğun anksiyete bozukluğu geliştirmesinde

düşük SED güçlü bir etkiye sahiptir (Beidel ve Turner, 1997). Yoksulluğa bağlı stres ile anksiyöz/depresif belirtiler ve sosyal problemler arasında doğrudan bir ilişki vardır (Santiago, Wadsworth ve Stump, 2011). Düşük SED'e sahip bireyler stresli yaşam olaylarına daha fazla maruz kalmaktadır (Lupien, King, Meaney ve McEwen, 2000). Ekonomik problemlerinden dolayı temel ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılayamaması, sağlık hizmetlerinden sınırlı düzeyde yararlanması, iş yükünün fazla olması, nitelikli boş zaman etkinliklerine ve sosyal faaliyetlere zaman ve bütçe ayıramaması gibi faktörler bireyin yeni stres kaynaklarıyla karşı karşıya kalmasına ve tükenmişliğine yol açabilmektedir. Bütün bunlar da anksiyetenin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.

### **2. 1. 1. 6. Anksiyeteye Başa Çıkma**

Anksiyete bireylerde farklı seviyelerde seyreden bir durumdur. Düşük düzeydeki anksiyete bireyi harekete geçiren bir motivasyon kaynağı olabilirken, yüksek seviyedeki anksiyete mesleki ve sosyal işlevleri bozabilmekte ve kişisel uyumu zorlaştırmaktadır. İşlev kaybı kaçınılmaz şekilde anksiyeteye başa çıkma çabalarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Anksiyete bozukluklarının sürdürülmesine yol açan bu başa çıkma çabaları içinde tahrip edici bilişsel bir yapı, aşırı tetikte olma hali, tekrarlayıcı düşünceler gibi başa çıkma stratejileri ve savunma mekanizmaları sayılabilir (Carr, 2012). Bireyler anksiyeteye başa çıkmayı öğrenip yaşamları üzerindeki olumsuz etkilerinin üstesinden gelebilirler. Başa çıkma, yaşanan korkuyla yüzleşip kaynağını anlamayı ve buna bağlı olarak bazı olumsuz duyguları dengelemeyi içerir. Bireyin ne ile başa çıkmaya çalıştığını bilmesi ona yardımcı olur. Anksiyete hakkındaki bilgi seviyesi arttıkça, birey bu duygunun düşündüğü düzeyde tehlikeli olmadığını fark eder. Zihnindeki kaygı içerikli düşünce akışlarının farkına varması bireyin başa çıkmasına yardımcı olur (Mansell, 2007). Anksiyete ile başa çıkmada kullanılan stratejilerin ortaya çıkardığı etkiler önemlidir. Anksiyete ile başa çıkma sürecinde seçilen stratejiler fizyolojik tepkiyi azaltma, kaçınma davranışlarını ortadan kaldırma ve endişe halini devam ettiren öznel yorumlamaları değiştirme işlevi görmelidir (Bourne, 1995, s. 2). Şüphesiz ki korku duyulan uyaran ile aktif başa çıkmayı ve tehlikeye yönelik abartılmış inanç sistemlerine meydan okumayı destekleyen kişisel özellikler ve sosyal ilişkiler de anksiyeteye başa çıkmada yardımcı olur (Carr, 2012).

Anksiyeteye duygusuna yol açan stres kaynakları düşünüldüğünde Selye'nin teorisinden bahsetmek yararlı olacaktır. Selye stres teorisinde genel adaptasyon sendromu üzerinde durur ve üç aşamalı bir süreçten bahseder: (a) Alarm evresi: birey stres durumuyla karşılaştığında savaş ya da kaç tepkisi gösterir. Sinir sisteminde birtakım otonomik reaksiyonlar devreye girer ve hormon salgınım düzeylerinde farklılaşmalar olur.

(b) Direnç: strese karşı zararlı uyarılma devam ederse, organizma direniş safhasına geçer. Bu aşamada, alarm reaksiyonunun semptomları kaybolur ve görünüşte organizma strese adaptasyon gösterir. Fakat zararlı uyarıcıya karşı direnç artarken, diğer stres faktörlerine karşı direnç aynı anda azalır. (c) Tükenme: bu aşamada zararlı uyarıcıya karşı direniş tükenme aşamasına geçer. Organizmanın strese uyum yeteneği sona ererek (a) aşamasında gözlenen belirtiler yeniden ortaya çıkar ve organizma artık direnç gösteremez (Krohne, 2002; Selye, 1950, 1976). Selye'nin stresle ilgili görüşleri, biyolojik stres ve vücuttaki etkilerinin incelendiği tıbbi bir sahanın oluşmasına katkı sağlamıştır. Genel adaptasyon sendromu kavramı, stres ile birçok sağlık problemi arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur (Campbell, Johnson ve Zernicke, 2013). Stres; depresyon (Hammen, 2005), uyku bozuklukları (Han, Kim ve Shim, 2012), hipertansiyon (Kulkarni, O'Farrell, Erasi ve Kochar, 1998; Berger ve Paran, 2002), astım (Nagata, Irie ve Mishima, 1999; Sandberg vd., 2000) ve anksiyete bozuklukları (Arborelius vd., 1999) gibi birçok rahatsızlığa neden olabilmektedir.

Stresle ilgili teori ve araştırmalarda öncü isimlerden biri olan Rizhard S. Lazarus (1966), *Psychological Stress and the Coping Process* kitabında psikolojik stres kavramından bahseder. Psikolojik stres, birey ile çevre arasındaki ilişkiden kaynaklanır. Buradaki ilişki bireyin kişisel kaynaklarını aşan ve iyi oluşunu tehlikeye sokan bir niteliktedir (Lazarus, 1999). Yani birey, öz kaynaklarını zorlayan veya aşan, öznel iyi oluşunu tehdit altında hissettiği bir çevreyle karşılaştığı zaman psikolojik stres yaşamaktadır. Bireyin çevreyle etkileşimini bilişsel değerlendirmeler ve başa çıkma stilleri olmak üzere iki süreç yönlendirmektedir. Belirli çevresel koşullar ve baskılar, çoğu insanda strese yol açsa da gösterilen tepkinin derecesi ve türü bakımından bireysel farklılıklar mevcuttur. Benzer şekilde, bireylerin bu olaylara ilişkin duyarlılıkları ve yorumlamaları da farklılaşmaktadır. Örneğin, aynı olay bir bireyde öfke tepkisine yol açarken diğerinde depresyona neden olabilir veya başka bir bireyde anksiyete veya suçluluk duygularını tetikleyebilir. Burada bireyin olaya ilişkin bilişsel değerlendirmeleri söz konusudur. Bireyin stres verici olarak değerlendirdiği durumlar; zarar/kayıp, tehdit ve meydan okuma temalarını içerir (Lazarus ve Folkman, 1984). Lazarus stres teorisinde birincil ve ikincil değerlendirme süreçlerinden bahseder. Birincil değerlendirme bireyin iyi oluşuna yönelik bir şey olup olmadığıyla ilgiliyken; ikincil değerlendirme, başa çıkma seçenekleriyle ilgilidir (Krohne, 2002; Lazarus, 1991). Stres, duygu ve başa çıkma birlikte gözlenen ve kavramsal bir ünite oluşturan değişkenlerdir. Başa çıkma, duygusal uyarılma sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Birey dünyayla etkili bir şekilde baş edebilme kapasitesini zayıf olarak değerlendirdiğinde, bir stres duygusu olan anksiyeteyi yaşama olasılığı da yüksek olacaktır (Lazarus, 1999). Lazarus ve Folkman (1984), başa çıkmayı duygu odaklı ve

problem odaklı olmak üzere iki forma ayırır. Duygu odaklı başa çıkmada bireyin değerlendirmesi; zararlı, tehdit edici ve zorlu çevresel koşulları değiştirmek için yapabilecek hiçbir şeyi olmadığı yönündedir. Problem odaklı başa çıkmada ise birey, bu zorlu koşulları değiştirilebilir olarak değerlendirir (Folkman ve Lazarus, 1980, 1985; Lazarus, 1993). Bu başa çıkma stilinde kullanılan stratejiler problem çözme için kullanılan stratejilere benzemekle birlikte daha geniş bir strateji dizisini içerir. Problem odaklı girişimler, sıklıkla sorunun tanımlanmasına, alternatif çözümler üretilmesine, alternatiflerin kâr ve zarar analizinin yapılmasına, aralarında seçim yapmaya ve eyleme geçmeye yöneliktir. Başa çıkma, iki önemli fonksiyona hizmet eder: strese yol açan ortamı uygun problem çözme becerilerini kullanarak değiştirmek (problem odaklı başa çıkma); probleme yönelik duygusal tepkileri düzenlemek (duygu odaklı başa çıkma). Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma, stres verici bir olay karşısında birbirini etkiler: Birbirinin işini kolaylaştırabildikleri gibi birbirlerini engelleyebilirler de (Lazarus ve Folkman, 1984). Örneğin, sınava hazırlık döneminde yoğun olarak problem odaklı başa çıkma kullanılırken; sınav bittikten sonra öğrencilerin sonuçların açıklanmasını bekledikleri ve artık sınav sonuçlarına müdahale edemedikleri süreçte problem odaklı başa çıkma azalır duygu odaklı başa çıkma ağırlıklı olarak kullanılır (Folkman ve Lazarus, 1985). Anksiyete bozuklukları farklı kümelerde incelenir ve aşağıda bu bozukluklarla ilgili açıklamalara yer verilmektedir.

### **2. 1. 1. 7. Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete bozuklukları psikonevrotik bozukluklar kategorisindedir. Nevrotik bozukluklar bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmadığı, antisosyal davranış bozukluğunun sergilenmediği ve psikososyal stres faktörleriyle ilişkili olarak ortaya çıkan ruhsal bozukluklardır. Anksiyete, ayaktan hekime başvuran hastaların yaygın olarak sahip olduğu bir belirtidir (Güleç, 2009, s. 23-24). Anormal davranışlara yönelik birtakım sınıflandırma sistemleri ve kriterleri mevcuttur. Elbette ki, her bireyin davranışı ve duygusal sorunları kişiye özgüdür. Fakat birtakım tanı kriterlerinin ve sınıflandırmaların olması alanda çalışan ve psikolojik destek veren uzmanlar açısından yararlı ve işlevsel olabilmektedir. DSM-5 (2013) de (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition*) bu tanı kriterlerinin yer aldığı bir sınıflandırma sistemidir ve aşağıda kaygı bozuklukları kümesi altında yer alan bozukluklardan ve tanı kriterlerinden bahsedilmektedir.

### 2. 1. 1. 7. 1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma kaygısı yaşayan bireyde, gelişim düzeyine uygun olamayacak bir düzeyde, bağlandığı kişilerden ya da evden ayrılmayla ilgili bir kaygı veya korku duyma durumu söz konusudur. Bireyin duyduğu bu korku veya kaygının içeriğini bağlandığı kişilerin başına kötü bir şey geleceği (kaybolma, kaçırılma ya da kaza geçirme gibi), bu kişileri kaybedebileceği veya onlardan ayrılmak durumunda kalacağı gibi durumlar oluşturur. Bireyin bağlandığı kişilerden uzaklaşma konusundaki isteksizliğine eşlik eden yineleyici karabasanlar ve birtakım bedensel belirtiler (baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma gibi) vardır. Ayrılma kaygısı bozukluğu olan kişilerin tek başına kalmak ya da bağlandıkları kişiler yanlarında olmadan dışarı çıkmakla ilgili sürekli ve aşırı bir korkuları vardır. Bu bozukluğun tanısının koyulabilmesi için, çocuklarda ve 18 yaşın altındaki ergenlerde en az dört haftalık bir zaman dilimince, erişkinlerde ise altı ay ya da daha uzun bir süre görülmesi gerekir. Ayrılma kaygısı bozukluğu olan küçük çocuklar çoğunlukla okula gitmek istemezler veya tümüyle okula gitmekten kaçınabilirler (APA, 2013, s. 234-239). AKB bozukluğu olan çocukların ailelerinin, çocuk ve ergen ruh sağlığı bölümlerine okul reddi nedeniyle en sık başvuru yaptığı görülmektedir (Türkbay ve Söhmen, 2001). Çocuklarda görülen okul korkusu da genellikle ayrılık kaygısına bağlı bir kaçınma davranışıdır ve okul korkusu yaşayan çocukların anne-babalarında psikopatoloji görülme oranı normal çocukların anne-babalarından daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada ruhsal tanısı ayrılma kaygısı bozukluğu olan çocukların anne-babalarında psikiyatrik morbiditenin %32 oranında olduğu saptanmıştır (Özcan, Kılıç ve Aysev, 2006). Okul reddi yakınması ile bir psikiyatri polikliniğine başvuran 55 çocuk (yaş ort. 9.1±3.0) ve anne-babalarıyla yürütülen bir çalışmada, 55 çocuktan 41'ine ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı konulmuştur. Bu çalışmada AKB olan çocuklarda en sık görülen eş tanı bir başka anksiyete bozukluğu olmuştur (Bahalı, Yolga-Tahiroğlu ve Avcı, 2009).

### 2. 1. 1. 7. 2. Seçici Konuşmazlık (Mutizm)

Seçici konuşmazlık, bireyin konuşma becerisinin olması ve başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği toplumsal ortamlarda (örneğin, okul) sürekli olarak konuşmıyor olmasıyla belirlidir. Bu bozukluk, bireyin okul veya işle ilgili performansını olumsuz etkiler ya da olağan toplumsal iletişimini bozar. Seçici konuşma bozukluğu olan çocuklar, evde yakın aile bireylerinin yanında konuşurken, toplumsal etkileşimlerinde başkalarıyla karşılaştıklarında konuşmayı başlatmaz veya kendilerine söylenenlere karşılık vermezler. Çoğu zaman yüksek düzeyde toplumsal kaygı ile belirli olan bu bozukluğa, aşırı utanç, toplum içinde utanma korkusu, toplumdan uzaklaşma

içine kapanma, zorlantı davranışları, öfke patlamaları ve ağır derecede olmayan karşıt olma davranışı eşlik edebilir. Tanı konulabilmesi için bozukluğun en az bir ay süreyle gözlenmesi gerekir (APA, 2013, s. 242-243). Zor bir çocukluk çağı bozukluğu olan seçici mutizmde yaş büyüdükçe ve bireyin konuşmadığı süre arttıkça gidişat daha da kötüleşir. Terapi sürecinde ise bireysel yaklaşımdan ziyade çocuğun ebeveyni, kardeşleri, öğretmenleri, arkadaşları, okul rehberlik servisi ve konuşma terapistlerinden oluşan takım çalışması daha etkilidir (Karakoç-Demirkaya, 2015). Seçici mutizm terapisinde, çocukla rapport (ilişki) kurulduktan sonra, ikinci basamak çocuğu kaygı konusunda eğitmektir (Kotrba, 2015). Seçici mutizm odaklı BDT terapisi almış 5-15 yaş aralığında 36 çocukla yapılmış bir çalışmada, katılımcıların semptomlarında azalmaların meydana geldiği, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobi ve enürezisin dahil olduğu psikiyatrik komorbidite oranlarında düşüşlerin olduğu görülmüştür (Lang vd., 2016).

### **2. 1. 1. 7. 3. Özgül Fobi**

Özgül fobide korku doğuran uyarın, neredeyse her zaman, bireyde gerçek tehlikeyle orantısız bir şekilde birden korku ve kaygı duygusuna veya kaçınma tutumuna yol açar. Hayvan, doğal çevre, kan, enjeksiyon, yaralanma gibi değişik özgül fobi türleri vardır. Tanı konulabilmesi için bu bozukluğun altı ay ya da daha uzun süreli görülmesi gerekir (APA, 2013, s. 234-246). Özgül fobilerin üç temel özelliği vardır: (1) korku, belirli bir uyarıcı grubuna yönlendirilmiştir, (2) bu uyarıcılarla yüzleşmek yoğun bir korku tepkisine neden olur, (3) bu korku günlük yaşamın işlevselliğini bozacak derecede uç noktalara ulaşır. Özgül fobilerin kökenini belirlemeye dönük ilk sistematik çalışmalar psikanalitik teorisyenler tarafından yapılmıştır. Bu yaklaşıma göre, fobiler daha derinlerdeki problemlerin sembolik bir ifadesi olarak ortaya çıkmaktadır. Biyolojik yaklaşım genetik aktarılabirlik kavramıyla özgül fobilerin gelişimine açıklık getirmiştir. Davranışsal yaklaşım ise çevresel faktörlerin özgül fobilerin gelişiminde önemli bir rolü olduğunu savunarak fobik uyarıcıyla ilgili öğrenme yaşantılarına ve koşullanma süreçlerine vurgu yapar. Duruma multifaktöriyel bir model çerçevesinden bakıldığında, özgül fobilerin gelişiminin tek bir mekanizmayla açıklanamayacağı görülmektedir (Muris ve Merckelbach, 2012, s. 4-18). Bilişsel yaklaşım ise, fobilerin gelişiminde irrasyonel düşünce yapısının etkili olduğunu ve fobik anksiyetenin deneyimlenmesinde idiosenkratik bilişlerin birincil rol oynadığını öne sürmektedir (Thorpe ve Salkovskis, 1995).

Straube, Glauer, Dilger, Mentzel ve Miltner (2006), yaptıkları bir çalışmada özgül fobiden mustarip olan kişilerde fobojenik tehdidin işlenmesinin insula ve anterior singulat kortekste artmış aktivasyon ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Buradaki en önemli

nokta ise, başarılı bir şekilde gerçekleştirilen bilişsel davranışçı terapinin, bu beyin bölgeleri içerisindeki hiperaktivitenin azalmasına yol açtığıdır. Bu çalışmada, bekleme listesindeki katılımcılarla karşılaştırıldığında terapi grubundaki katılımcılar, ikinci beyin tarama seansı sırasında fobik semptomoloji ile insula ve anterior singulat korteksin tepkilerinde belirgin bir şekilde zayıflama göstermiştir. Benzer şekilde, Paquette ve diğerleri (2003) de, BDT gibi psikoterapötik bir yaklaşımın anksiyete bozukluklarıyla ilişkili işlevsel olmayan sinirsel devreleri değiştirme potansiyeline sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır. Dolayısıyla bu çalışmalar, zihin düzeyinde psikoterapötik bağlamda yapılan müdahalelerin işlevsel olarak beyinde birtakım değişikliklere yol açtığını ortaya koymaktadır.

#### **2. 1. 1. 7. 4. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)**

Başlıca özelliği, kişinin başkalarının değerlendirebilecek olduğu toplumsal durumlarda belirgin ya da yoğun bir korku ya da kaygı duyumu olan toplumsal kaygı bozukluğuna tanı konulabilmesi için bozukluğun en az 6 aydır görülüyor olması gerekir (APA, 2013, s. 255-256). Toplumsal kaygı bozukluğunda (sosyal fobi), kişinin korku duymasına yol açan temel faktör başkalarının yanında küçük düşeceğine, sıkıntı duyacağına veya utanç verici bir şekilde davranacağına dair beklentisidir (Berman ve Schneier, 2004; Köroğlu, 2011). Bu bozukluğa sahip bireyler, korku duydukları ortamlarda kendilerine çok fazla odaklanırlar ve kendilerini eleştirme eğilimleri yükselir. Bunun sonucunda da bireyde, kızarma, çarpıntı, terleme ve titreme gibi eşlik eden birtakım fiziksel belirtiler meydana gelir (Dilbaz, 1997, 2000). Dikkatlerin odağında olduğu durumlarda bireyde aşığılanma ve utanma korkusu ile karakterize bir bozukluk olan sosyal fobi (Wells, 2006), sosyal durumlarla veya bir topluluğa konuşma yapmak gibi diğer insanların önünde performans sergilemeyle ilgili aşırı ve uygunsuz korkulara karşılık gelir (Morris, 2002, s. 539). Dolayısıyla sosyal fobik kişi utanma duygusu ve başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeyi önlemek amacıyla kaçınma mekanizmasını kullanır (McCabe ve Antony, 2002, s. 113; Wells, 2006). Sosyal fobi, fobik anksiyete bozuklukları arasında kişinin potansiyelini en fazla düşürendir. Çünkü kişinin diğer insanlarla etkileşimini ve sosyal ilişkilerini doğrudan etkiler. Eğer sosyal fobi düzeyi ilerlemişse kişinin kariyerini, terfi etmesini, sosyal destek ağlarıyla ilişkilerini olumsuz yönde etkiler ve nihayetinde kişinin yalnızlaşmasına ve izole olmasına neden olur (Gruber ve Heimberg, 2007, s. 287).

Yüksek sosyal fobi skoruna sahip öğrencilerin akademik performanslarında düşüş gösterdiği, sözlü sunumlardan kaçındıkları, belirgin depresif belirtiler gösterdikleri



(Elhadad vd., 2017) ve düşük düzeyde psiko-sosyal uyuma sahip oldukları (Alhamad, Al-Ohali ve Humidat, 2017) belirlenmiştir. Sosyal fobideki kısır döngünün korkulu bekleyiş, kaçınma ve kendine yönelik olumsuz atıflar olmak üzere üç önemli bileşeni vardır. Sosyal fobikler yaklaşmakta olan sosyal bir durumun onaylanmama, olumsuz yargılanma, gülünç duruma düşme, anksiyete belirtileri sergileme gibi utanç verici anlar yaratabileceğini düşünerek korkulu bir bekleyiş yaşarlar (Gruber ve Heimberg, 2007, s. 288). Sosyal fobinin bilişsel modelini araştırmak için deney grubunun sosyal fobikler kontrol gruplarının ise anksiyeteli ve normal bireylerden oluştuğu üç grupta yürütülen bir çalışmada, katılımcılar karşılarındaki kişiyle kısa bir video görüşme yaptılar. Görüşme sırasında katılımcıların düşünce, davranış ve yapılan konuşmaya yönelik dikkatleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, sosyal fobiklerin negatif öz-değerlendirmelerinin daha yüksek, performanslarının daha düşük olduğu ve kendi performanslarını küçümsedikleri görülmüştür. Bu üç grup arasında dikkat bakımından bir farklılık bulunmamıştır (Stopa ve Clark, 1993).

Sosyal fobisi olan bireyler, kaygılarını yükseltici sosyal ortamlara girdiklerinde dikkatlerini kendilerine yöneltme eğiliminde olurlar. Dolayısıyla sosyal fobisi olan bireyin dikkatini, kendisinden etrafına yani dışındaki sosyal çevresine kaydırması kaygının azaltılmasında önemlidir (Wells ve Papageorgiou, 1998). Sosyal fobinin erken teşhis ve müdahalesi ise oldukça önemli diğer bir noktadır (Elhadad vd., 2017).

### **2. 1. 1. 7. 5. Panik Bozukluğu**

Yineleyici beklenmedik panik atakları anlamına gelen panik bozukluğunda, panik atakları birden başlayıp dakikalar içinde doruğa ulaşır. Panik atakları, yoğun bir korku veya rahatsızlığa eşlik eden bedensel ve/veya bilişsel belirtilerle belirlidir. Panik bozukluğu tanısı konulabilmesi için bütün belirtilere sahip birden çok beklenmedik panik atağın olması gerekir (APA, 2013, s. 264-265). Panik bozukluğu fiziksel bir rahatsızlıktan ayırmak zordur. Çünkü panik bozukluktaki birçok semptom tıbbi rahatsızlıklardakine benzemektedir. İlk kez panik atak yaşayan bireylerin çoğu, semptomları karşısında dehşete kapılırlar ve çoğunlukla acil servise veya doktora başvururlar. Bu bozukluğun somatik doğası nedeniyle, mustarip olan kişiler psikiyatriden ziyade tıbbi birtakım müdahalelere uzun süre maruz kalırlar. Bu durum da yanlış teşhis, uygun olmayan ve yetersiz müdahalelere yol açar (Jakubec ve Taylor, 1999). Panik bozukluğu olan bireyler toplumsal, ekonomik ve işleriyle ilişkili problemleri yoğun yaşarlar. Anksiyete bozuklukları nedeniyle hastaneye müracaat yapan kişiler arasında en yüksek oranı bu bozukluğa sahip bireyler oluşturmaktadır (APA, 2013, s. 270)

Panik atakta birtakım anahtar bilişler vardır. Anahtar bilişlerin, korkuyu ortaya çıkarmak ve farklı tipteki korku içerikli bilişleri bir araya toplamak gibi özel fonksiyonları olabilir. Atakların ortadan kalkması için bunlardan sorumlu kritik öneme sahip bu bilişlerin kaybolması gerekir. Bilişsel yapı incelendiğinde, tek bir bilişten ziyade bilişlerden oluşan kümelerin birey üzerinde daha etkili olduğu görülür. Dolayısıyla iki veya daha çok biliş bir araya geldiğinde, bireyin panik atak geçirme olasılığı daha yüksek olur. Panik bozukluğu olan bireyler, ortaya çıkan birden çok idiosenkritik bilişten bahseder. Panik atakların yoğunluğu ve sıklığındaki azalmalar, negatif içerikte olan bu bilişlerdeki azalmayla bağlantılıdır (Rachman, 1994).

Panik bozukluğu olguları sıklıkla katastrofik düşünce tarzı gösterirler ve bazı somatik belirtileri gerçekte olduğundan daha tehlikeli olarak algırlar (Yüksel, 2002). Panik atak geçiren bireyler, geçirmeyenlere oranla bedensel duyularını daha yoğun bir şekilde olumsuz yorumlarlar (Rachman, 1994). Bilişsel bir perspektiften duruma bakıldığında, bireyin bedensel duyumsamalarına yönelik yanlış yorumlamaları tanımlandığında ve değiştirildiğinde, panik atakların ortaya çıkması da önlenmiş olacaktır. Panik bozukluğun tedavisinde etkisi kanıtlanmış bir müdahale yöntemi olan bilişsel terapi, bu yanlış yorumlamalar ve negatif bilişler üzerinde durur (Clark, 1994).

### **2. 1. 1. 7. 6. Panik Atağı Belirleyicisi**

Dakikalar içinde doruğa ulaşan, bedensel ve bilişsel 13 belirtiden oluşan bir dizelgeden dördünün ya da daha çoğunun ortaya çıktığı, yoğun bir korku ya da içsel sıkıntının eşlik ettiği bir durumdur. Bu 13 belirtinin 11'i çarpıntı, terleme gibi bedensel bir belirti iken, 2'si kontrolü kaybetme, çıldırma veya ölüm korkusu gibi bilişsel belirtidir. Panik atağı ruhsal bir bozukluk değildir. Beklenmiş ve beklenmemiş panik atağı olmak üzere iki türü vardır. Beklenmiş panik ataklarında görünür bir tetikleyici etken varken, beklenmemiş panik atağında görünür tetikleyici yoktur (APA, 2013, s. 273). Panik atağı geçiren kişiler yoğun bir felaket duygusu yaşarlar. Anksiyetesinin yoğunluğuna bağlı olarak kişi, kendini (depersonalizasyon) veya çevresini (derealizasyon) gerçek dışı algılayabilir. Genellikle on-on beş dakika içerisinde yatışmakla birlikte, atağın daha uzun sürdüğü durumlar da mevcuttur. Panik atak yatıştıktan sonra, yeni bir atak geçirme korkusu olarak tanımlanan beklenti anksiyetesi sıklıkla gelişir (Tükel, 2002).

Panik atak, kaygı uyandırıcı bir olaya verilen aşırı reaksiyondur. Panik atakların oluşumu genellikle bir fobinin başlangıcını takip eder. Karın ağrısı, göğüs ağrısı veya göğüste rahatsızlık, titreme, üşüme ya da sıcak basması, terleme, boğulma hissi, baş dönmesi veya baygınlık hissi, idrara çıkma hissi, bulantı ve kusma, halsizlik veya

karıncalanma hissi, çarpıntı ve hızlı kalp atışı, hızlı sığ solunum (hiperventilasyon) ve nefes darlığı gibi birtakım panik atak belirtileri birey için oldukça ızdırap verici olabilir (Csoti, 2003). Panik atak, eşlik eden fiziksel belirtilerle birlikte ansızın gelebileceği gibi bazen de anksiyete uyandırıcı bir durum karşısında oluşabilir. Örneğin; birey topluluk önünde konuşma yapacaksa, asansörde kapalı kalmışsa veya ödev teslim tarihi gelmişse. Ataklar esnasında birey ölüyormuş gibi hisseder ve atakları travmatik bir deneyim olarak algılar (Wilson, 2003).

Panik ataklar yoğun stres durumuyla ilişkilidir. Bazen gerçek tehlike veya korkular değil de bir durumun tehlikeli algılanması panik atağa neden olabilir. Bazen de kişilik özelliklerinden kaynaklı olarak bireyler anksiyete bozuklukları ve tepkilerine yatkınlık gösterirler (Csoti, 2003). A tipi kişilik özelliklerine sahip bireylerin B tipi kişilik özelliklerine sahip olanlara göre daha hırslı, daha öz-eleştirel, mükemmeliyetçi, strese yatkın, iş odaklı, aceleci, sabırsız oldukları ve rutinlerindeki değişikliklerle kolayca başa çıkamadıkları bilinmektedir (Csoti, 2003; Griffin ve Moorhead, 2013). Dolayısıyla A tipi kişilik özelliklerine sahip bireylerin panik geçirme olasılığı daha yüksektir (Csoti, 2003).

Panik ataklar yaygın olarak panik bozukluk ile ilişkilendirilmiş olsa da agorafobi (Breier, Charney ve Heninger, 1986), özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi bozukluklarda da görülebilir. Panik semptomları bazen kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp krizi gibi bir takım fiziksel problemlere bir reaksiyon olarak da ortaya çıkabilir. Kişi nefes darlığı yaşadığında veya göğsünde rahatsızlık hissettiğinde paniğe kapılabilir. Bunların yanı sıra araştırmalar gösteriyor ki genetik yatkınlık, sinir sistemi ve psikolojik yapı gibi faktörler bireyin strese olan yatkınlığını etkilemektedir (Wilson, 2003).

### **2. 1. 1. 7. 7. Agorafobi**

Agorafobisi olan kişiler, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık alanlarda bulunma, kapalı alanlarda bulunma, sırada bekleme, kalabalıkta bulunma ya da tek başına evin dışında olma gibi durumlarda belirgin ve yoğun bir korku ya da kaygı duyar. Agorafobi kaynağı durumlar, bireyde neredeyse her zaman korku, kaygı ya da kaçınmaya yol açar. Bu durumlar altı ay ya da daha uzun süreli olarak birey tarafından yaşanır (APA, 2013, s. 278). Bu bozukluk için agorafobi tanımı, 1871 yılında Alman psikiyatrist Westphal tarafından tanımlanmıştır. Agorafobinin yaygın tanımı açık alan korkusudur (Boyd ve Crump, 1991; Scignar, 1991). Daha kapsamlı tanımı ise üç önemli kısım içerir: (1) Panik atak geçirme korkusu: Yüksek anksiyetenin varlığı bireyde her an panik atak

geçirebileceği endişesini canlı tutar. (2) Panik atak kaynaklı fobi: Birey fobik bir tepki olarak kaçınma davranışı gösterir. Panik atak geçireceğine dair korku nedeniyle birey yardım alabileceği güvenli yerlerde bulunmaya dikkat eder. Sıkışmış hissettikleri yerlerden ve panik atakla ilişkili aktivitelerden kaçınırlar. (3) Fobik düşüncenin gelişimi: Katastrofik nitelikteki bu düşünceler anksiyeteyi tetikler ve gerçekçi bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde gerçekleşme olasılığı çok düşük tehlikeli sonuçlar içerir. Öz-yıkıcı bir etkiye sahip olan fobik düşünceler zihne geldiğinde kaçınma tepkisine yol açar. Panik olmadan agorafobi genellikle oluşmaz (Scrignar, 1991, s. 53-54).

Agorafobik bireyler beklenen panik atakların yanı sıra, tipik agorafobik durumlar dışında oluşan panik ataklar da yaşarlar. Davranışçı terapistler, maruz bırakma terapisini (exposure therapy) kullanarak agorafobik kaçınmayı kendiliğinden oluşan panik ataklara oranla daha kolay tedavi etmektedirler (Bandelow, 2017). Stres verici yaşam olayları agorafobinin başlangıcını hızlandırabilir. Bu tür olayların anlamı ile etkilerini belirlemede ve bireyin anksiyetesinin başlangıcı ve sürdürülmesinde bilişsel süreçlerin rolü vardır. Anksiyetesi yüksek bireylerde fizyolojik uyaranlara yönelik katastrofik yanlış yorumlamalar, olumsuz olaylara karşı seçici dikkat, sosyal değerlendirici bilgiye (social-evaluative information) yönelik aşırı hassasiyet ve öğrenilmiş çaresizlik gibi çeşitli bilişsel stiller mevcuttur. Dolayısıyla bilişsel davranışçı terapistler için katastrofik ve işlevselliği düşürücü nitelikteki bu düşünce tarzını değiştirmek önemlidir (Capps ve Ochs, 1995).

### **2. 1. 1. 7. 8. Yaygın Kaygı Bozukluğu**

Yaygın kaygı bozukluğunda (YAB) birey; işle ilgili sorumluluklar, okul başarısı, sağlık ya da günlük işler ve yaşam koşulları gibi değişik alanlarda ruhsal-toplumsal işlevselliğini bozacak sürekli ve aşırı düzeyde kuruntuya kapılır. Kişide sürekli bir huzursuzluk hali, kolay yorulma, odaklanmakta güçlük, gerginlik, uyku problemleri ve birtakım bedensel belirtiler görülür. Tanı konulabilmesi için kaygı ve kuruntu halinin en az altı aydır görülüyor olması gerekmektedir (APA, 2013, s. 285-286; Bourne, 2010, s. 18). Bu bozukluk yaşam doyumunda azalma, iş verimliliğinde düşüş, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düşüklük ve tıbbi harcamalarda artış ile ilişkilidir (Patel ve Fancher, 2013).

YAB tanısı koymak karmaşık bir süreç içerir. Çünkü bu bozukluğu olan bireyler genellikle somatik şikayetler nedeniyle uzmanlara başvururlar ve YAB'ın diğer anksiyete bozukluklarıyla komorbidite oranı yüksektir (Gorman, 2001). YAB'ın sıklıkla birlikte görüldüğü diğer bir bozukluk da depresyondur. Bu duruma karma anksiyete-depresyon bozukluğu denir. Böyle bir durumda ise YAB'ın mı yoksa depresyonun mu önce ortaya çıktığı tespit edilir. YAB her yaşta ortaya çıkabilir. Çocuk ve ergenlerde endişe odağı

genellikle okul performansı ve spor aktivitelerindeki başarı ile ilişkiliyken, yetişkinlerdeki endişe odağı değişkenlik gösterebilir. YAB, yüksek performansa yönelik artan talepler, yoğun evlilik çatışmaları, fiziksel rahatsızlıklar veya bireyin tehdit veya tehlike altında olduğuna dair algısını güçlendiren herhangi bir durumda daha ağır hale gelebilir (Bourne, 2010).

YAB'ın altında yatan nedenler tam olarak bilinmemekle birlikte kalıtım, nörobiyoloji ve aşırı talepkar ebeveyn tutumları, ebeveyn terki veya reddi ya da endişe içerikli davranışlara ebeveynin model olması gibi kaygılı yapıya yatkınlaştıran çocukluk deneyimlerinin bir kombinasyonu olabilir. Gevşeme eğitimi, bilişsel terapi, maruz bırakma, güvenlik davranışlarını azaltma, problem çözme becerileri kazandırma, dikkatin başka yöne çevrilmesi, ilaç tedavisi, farkındalık terapisi, yaşam tarzı ve kişilikte değişiklikler YAB'ın tedavisinde kullanılan yöntemlerdendir (Bourne, 2010, s. 18-20). BDT ile YAB'ın terapisi bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, anksiyete yönetimi eğitimi, durumsal ve imajinasyonel maruz bırakma ve sistematik duyarsızlaştırma tekniklerinin kullanımını içerir (Gould, Otto, Pollack ve Yap, 1997).

### **2. 1. 1. 7. 9. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu**

Bu bozukluk, madde esirikliğı ya da yoksunluğuna veya ilaç tedavisine bağlı olarak ortaya çıkan panik ya da kaygı belirtilerini kapsar. Klinik görünümde panik atakları veya kaygı egemendir (APA, 2013, s. 293).

### **2. 1. 1. 7. 10. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu**

Bu bozuklukta kaygı belirtileri, başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Endokrin hastalıklar, kalp-damar hastalıkları, solunum hastalıkları, metabolizma bozuklukları ve nöroloji hastalıkları gibi birtakım sağlık durumlarının belirtileri arasında kaygı da yer almaktadır. Eğer sağlık probleminin kaygıya yol açtığı biliniyorsa ve bireyin kaygısı başlamadan önce bu sağlık problemi varsa, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu tanısını alır (APA, 2013, s. 297).

### **2. 1. 1. 7. 11. Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu**

Bireyin klinik açıdan belirgin bir sıkıntı yaşadığı, toplumsal, işle ilgili veya diğer alanlardaki işlevselliğinde belirgin bir düşüş yaşadığı, kaygı bozukluğu belirtilerinin baskın olduğu fakat bu belirtilerin kaygı bozuklukları tanı kümesindeki herhangi bir tanının ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu kategorisi

kullanılır. Bu kategori, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın spesifik nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır (APA, 2013, s. 300).

### **2. 1. 1. 7. 12. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu**

Bu bozuklukta da birey klinik açıdan belirgin bir sıkıntı içerisinde ve toplumsal, işle ilgili veya diğer önemli işlevsellik alanlarında düşüşler yaşar. Kaygı bozukluğunun belirti özellikleri baskındır fakat bu belirtiler herhangi bir kaygı bozukluğu tanısı için ölçütleri tam karşılamaz. Bu kategori, kaygı bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın spesifik nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (APA, 2013, s. 301).

### **2. 1. 2. Sosyal Anksiyete**

Sosyal anksiyete ilk defa Fransız psikiyatrist Janet (1903) tarafından hastaların konuşurken, piyano çalarken veya yazı yazarken gözleniyor olmaktan korkması şeklindeki bir kavram olarak öne sürülmüştür (akt., Heimberg, Liebowitz, Hope ve Schneier, 1995). Sosyal anksiyete negatif öz değerlendirmeler, başka insanların varlığında geri çekilme eğilimi, gerginlik ve rahatsızlık hissi ile karakterizedir. Bu tepki, eşzamanlı ortaya çıkabilen bilişsel, duygusal ve enstrümantal değişkenlerin bir örüntüsüdür. Sosyal ortamlardaki performansları konusunda anksiyete yaşayan bireylerin zihinleri; bırakacakları imaj, gelecek sosyal talepleri karşılama konusunda eksik kalma ve yetersiz davranma gibi endişelerle meşgul olur. Anksiyetenin duygusal bileşenleri ile sıkıntı, rahatsızlık, gerilim ve kişinin otonomik reaksiyonlarının (örneğin; utanınca kızarma gibi) başkalarının önündeyken algılanması kastedilir. Duygusal bileşen, duygular ve uyarılmaya yönelik bilgiyi işlediğinden yarı bilişsel bir bileşen olarak kabul edilebilir. Araçsal veya eylem bileşeniyle beceriksizlik, suskunluk, jestler, mimikler ve konuşmanın engellenmesi, durumdan geri çekilme eğilimi ve sosyal davranışın düzensizleşmesi veya gerçekleşmemesi kast edilir (Schwarzer, 1984, s. 7-8).

Bireyin sosyal anksiyetesi, başkalarıyla toplumsal etkileşime girdiğinde aktive olur (harekete geçer). Birey, savunma eylemine geçmesini destekleyen birtakım bedensel reaksiyonların eşlik ettiği tehlike hissini duyumsar. Sosyal anksiyete, eşzamanlı bedensel ve kişilerarası bir odak içerir. Somatik açıdan bakıldığında, acil bir durum karşısında vücut kendini korumak amacıyla hazırlanır. Bu gibi durumlarda vücut kalp çarpıntısı, hızlı soluma, kasların gerilmesi, terleme, idrara çıkma isteği, konuşmada zorluk çekme, yüzün kızarması ve baş ağrısı gibi birtakım tepkiler gösterir (Stravynski, 2007, s. 6-7). Yoğun

anksiyetenin başlangıç yaşının bilinmesi ve erken fark edilmesi gerekli psikososyal desteğin sağlanması açısından önemlidir. Bu bağlamda çocukluk ve ergenlik, geçici hafif semptomlardan yoğun anksiyete bozukluklarına kadar değişebilen anksiyete belirti ve sendromlarının gelişimi için temel bir risk evresidir (Beesdo, Knappe ve Pine, 2009). Sosyal anksiyetesi yüksek çocuklar, sosyal kabul ve genel öz-değerlerini düşük görme eğilimindedirler (La Greca ve Stone, 1993). Çocuk ve ergenler, SAB'a özgü birçok belirtiyi benzer şekilde göstermekle birlikte; çocuklar genel psikopatolojinin daha geniş bir örüntüsünü sergilemektedir. Buna karşılık ergenler, sosyal işlevsellik düzeyindeki bozulmayı daha yaygın göstermektedir (Rao vd., 2007).

Bireyin sosyal anksiyetesi kontrol edilebilir düzeyden çıkıp psikopatolojik düzeyde hissedildiğinde SAB gündeme gelir. DSM'nin ilk iki baskısı, sosyal/toplumsal korkuları farklılaşmamış bir fobi kategorisinin örnekleri olarak ele almaktaydı. Sosyal fobi başlangıçta, anksiyete bozuklukları içerisinde önemli derecede görmezden gelinen ve çalışılmayan bir konu olarak kalmıştır (Liebowitz, Gorman, Fyer ve Klein, 1985). Sosyal fobi, Marks ve Gelder tarafından 1966 yılında tanımlanmasına rağmen ilk olarak DSM'nin üçüncü baskısının yayınlandığı 1980 yılında klinik bir tablo olarak ele alınmıştır. Bu baskıda fobiler agorafobi, basit/özgül fobi ve sosyal fobi olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Son zamanlarda terminolojiyle ilgili bir değişiklik yapıldı ve klinik uygulayıcılar sosyal anksiyete bozukluğu terimini tercih etmeye başladılar. Nitekim DSM-5'te de bu bozukluk toplumsal kaygı bozukluğu olarak yer almaktadır (Crozier ve Alden, 2009). SAB en sık görülen anksiyete bozukluğudur ve erken başlangıç yaşına sahiptir (M. B. Stein ve D. J. Stein, 2008). Ruscio ve diğerlerinin (2008) araştırmasında SAB'ın yaşam boyu yaygınlık oranı %12.1, 12 aylık yaygınlık oranı ise %7.1 bulunmuştur. Ergenlik dönemindeki kadın ikizlerle yapılan bir çalışmada ise SAB'ın yaşam boyu yaygınlık oranı %16.3 bulunmuştur (Nelson vd., 2000). Bu bozukluğun kadınlarda daha sık gözlemlendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Burstein vd., 2011; Caballo vd. 2014; Essau, Conradt ve Petermann, 1999; Gültekin ve Dereboy, 2011; Ohayon ve Schatzberg, 2010).

### **2. 1. 2. 1. Sosyal Anksiyetenin Tanımı**

Sosyal anksiyete, bireyin başkaları tarafından inceleneceğine ve davranışlarının utanç verici olacağına inandığı durumlarda duyduğu sürekli bir korku olarak nitelendirilmiştir (Ollendick ve Hirshfeld-Becker, 2002; Wells, 2002). Birey, bu korkuyu aşırı olarak duyumsadığı için önemli derecede stres yaşar. Birey sosyal olarak anksiyeteli olduğu zaman, diğer insanlarla etkileşime girmekten endişe duyar. Anksiyete uyandıran bu tür etkileşimler iş, okul, mağazalar hatta arkadaş ve tanıdıkların yanı sıra herhangi bir

durum olabilir. Sosyal anksiyeteli birey özellikle diğer insanların ilgi odağı olduğunda ya da başkalarının önünde performans sergilemek zorunda kaldığında yoğun bir kaygı yaşar. Bu kaygıların temelinde ise uygunsuz davranacağına veya kendi yetersizliklerine dikkat çekeceğine dair duyduğu inanç yer alır. Sosyal anksiyetede kaygının gözlenebilir işaretleri bireyin daha yoğun bir kaygı yaşaması için neden oluşturur ve bu durum da kısır bir döngüye yol açar (Antony ve Rowa, 2008; Crozier ve Alden, 2009). Sosyal anksiyeteli birey, gerçek veya hayali sosyal ortamlarda maruz kalacağını düşündüğü kişilerarası değerlendirmeler (olumsuz kişisel yargılamalar) ile bağlantılı olarak fiziksel veya bilişsel geri çekilme, aşağılık duyguları, kendine aşırı odaklanma, kendini izlemenin ve denetimin azalması gibi birtakım tepkiler gösterir (Schlenker ve Leary, 1982). Bu bireyler, zorlayıcı sosyal durumlar karşısında ortak birtakım özellikler sergilerler. Bunlar arasında kendilerini sosyal bir nesne olarak olumsuz bir şekilde görmeleri, odak noktalarının yaşadıkları anksiyete olması, duygusal tepkileri üzerinde çok az bir denetime sahip olduklarına inanmaları, gerçekçi olmayan sosyal standartlar belirlemeleri, olumsuz sonuçları abartma eğiliminde olmaları ve sosyal durumlarla etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olacak sosyal beceriler açısından kendilerini yetersiz görmeleri sayılabilir. Bu faktörler, sosyal anksiyeteli bireylerin sosyal durumlarla işlevsel bir şekilde başa çıkmalarının önüne geçerek bu bireyleri kaçınma ve güvenlik davranışlarını da içeren uyum bozucu başa çıkma mekanizmaları kullanmaya sevk eder. Akabinde ise daha fazla sosyal anksiyeteye yol açacak ruminatif düşünce döngüsü başlar (Hofmann, 2007). Bazı bireylerde yaşanan sosyal anksiyetenin düzeyi o kadar yüksektir ki, bu duygu-durum bireyin işlevselliğini olumsuz yönde önemli derecede etkiler ve nihayetinde sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konmasını gerektirir (Wong ve Rapee, 2015). Müdahale edilmeyen yüksek sosyal anksiyete ise bireyin kaçma ve kaçınma davranışlarıyla kendini sabote ettiği ve sosyal anksiyetesini sürdüren kısır bir döngüde kalmasına yol açabilir.

### **2. 1. 2. 2. Sosyal Anksiyetenin Özellikleri**

Sosyal anksiyete sosyal ortamlarda yaşanan korku, aşırı huzursuzluk hali, beklenti kaygısı, ruminatif (tekrarlayıcı) düşünceler ve titreme, kızarma, terleme gibi somatik belirtilerle karakterize edilen bir durumdur (Heiser, Turner, Beidel ve Roberson-Nay, 2009). Seçici dikkat ve tekrarlayıcı negatif düşünceler sosyal anksiyetenin oluşumuna katkıda bulunan önemli faktörlerdendir ve bu anksiyete türü bireyin sosyal gelişimini engelleyen önemli bir problemdir (Tillfors ve Zalk, 2015). Bireyin yaşam kalitesini düşüren sosyal anksiyetede (Dryman, Gardner, Weeks ve Heimberg, 2016); sosyal-değerlendirici durumların öncesi, sırası ve sonrasında anksiyete tepkisini sürdüren birtakım uyum



bozucu bilişsel ve davranışsal süreçler devreye girer (Wong ve Rapee, 2016). Sosyal anksiyeteli bireylerin ebeveynleri, arkadaşları ve partnerleriyle etkileşimlerinde tatmin düzeyleri düşüktür ve sosyal ilişkilerinde birçok problem yaşarlar (Alden ve Taylor, 2004). Bu bireylerin nötr veya belirsiz bir duyguyu gösteren yüz ifadelerini, negatif yorumlama olasılıkları yüksektir. Benzer şekilde, tekditkar yüz ifadelerinin, düşük anksiyeteli bireylerden oluşan kontrol grubuyla kıyaslandıklarında, sosyal anksiyeteli bireylerde beynin korkuyla ilişkili sinir ağını aktive ettiğine dair kanıtlar mevcuttur (Staugaard, 2010). İntihar riski (Bolton vd., 2008; Davidson, Wingate, Grant, Judah ve Mills, 2011; Hettema, Neale, Myers, Prescott ve Kendler, 2006; Nepon, Belik, Bolton ve Sareen, 2010) ve diğer psikopatolojilerin (Buckner vd., 2008; Hofmann, Litz ve Weathers, 2003; Pallanti, Quercioli ve Hollander, 2004; Pini vd., 2006) gelişimiyle de ilişkili olan yüksek sosyal anksiyete (Fehm, Pelissolo, Furmark ve Wittchen, 2005), yaygın bir görülme oranına sahiptir (M. B. Stein ve D. J. Stein, 2008; Ruscio vd., 2008).

Sosyal fobiyle ilgili olarak yetişkinler üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalar, bu bireylerin daha erken yaşlarda sosyal anksiyete problemleri yaşadıklarını göstermektedir (Schneier, 1999). Bu tür bir problem, genellikle çocuk okul ortamına girdikten sonra hissedilmeye başlanır. Bu tür bir ortamda çocuk, etkileşime girdiği insanlara oranla kendisini sosyal açıdan yetkin hissetmiyorsa endişe duymaya başlar. Bu süreçte çocuğun benlik saygısı ve kendisine ilişkin algılamaları da devreye girer (Csoti, 2003). Yüksek sosyal anksiyetesi olan çocuklar, düşük sosyal anksiyeteli çocuklara oranla daha yüksek düzeyde olumsuz sosyal bilişlere, kendine odaklanmış dikkate, güvenlik davranışlarına, olay öncesi ve olay sonrası işlemeleme sahiptir (Hodson, McManus, Clark ve Doll, 2008). Sosyal anksiyetesi yüksek çocukların duygu düzenleme (Asbrand, Svaldi, Krämer, Breuninger ve Tuschen-Caffier, 2016; Keil, Asbrand, Tuschen-Caffier ve Schmitz, 2017), sosyal uyum, okul uyumu, akademik uyum ve akran ilişkileri alanlarında (Ginsburg, La Greca ve Silverman, 1998; Greco ve Morris, 2005) problemlerle karşılaşma riski yüksektir (Ooi, Nocita, Coplan, Zhu ve Rose-Krasnor, 2017). Bu durum sosyal anksiyetesi yüksek ergenler için de geçerlidir (Arjanggi ve Kusumaningsih, 2016; Erath, Flanagan ve Bierman, 2007; Kaeppler ve Erath, 2017; La Greca ve Lopez, 1998; Strahan, 2003). Yüksek sosyal anksiyete kişilerarası bağımlılık ve kişilerarası kaçınma ile ilişkilidir (Darcy, Davila ve Beck, 2005). Kaçınma davranışı, anksiyetenin sürdürülmesinde kritik bir role sahiptir (Rinck vd., 2010). Sosyal anksiyete yaşayan bireylerin korkuları, anksiyetelerini tetikleyen durumlardan kaçındıkları sürece azalmaz. Aksine bu korkular gelişir, direnç kazanır ve kök salar. Dolayısıyla ne kadar çok sosyal durumlara hatta aşırı anksiyete yaratan sosyal etkileşimlere maruz kalınırsa, anksiyeteye başa çıkmak o kadar kolaylaşır (Csoti, 2003).

### **2. 1. 2. 3. Sosyal Anksiyetenin Nedenleri**

Sosyal anksiyetenin nedenleri incelendiğinde genetik, nörobiyolojik, bilişsel, davranışsal ve sosyal düzey ile ilişkili birtakım faktörler dikkati çeker (Tillforz ve Zalk, 2015). Bu faktörler biyolojik faktörler, gelişimsel faktörler, çevre ve öğrenmeye dayalı yaşantılar ve kişisel nedenler ve algılamalar olmak üzere dört genel başlık altında aşağıda açıklanılmaya çalışılmıştır.

#### **2. 1. 2. 3. 1. Biyolojik Faktörler**

Sağlıklı çocukların yaklaşık %20'si alışmamış oldukları uyarıcılara aşırı tepkisel, korkulu ve kaçınmaya dönük bir eğilimle doğarlar. Bu ilk izlenime yönelik deneyimler, ergenlik çağına gelindiğinde bu grubun yaklaşık üçte birinin ciddi sosyal anksiyete belirtileri sergilediklerini göstermektedir. Biyolojik açıdan bakıldığında da bu çocuklar, semptomatik olarak daha reaktif kardiyovasküler sistem ve EEG'de sağ frontal alana yönelen kortikal aktivasyon asimetrisi göstermektedir (Kagan ve Snidman, 1999). Biyolojik faktörler başlığı altında genetik yatkınlık, fizyolojik faktörler ve mizaç bileşenleri aşağıda açıklanmıştır.

#### **2. 1. 2. 3. 1. 1. Genetik Yatkınlık**

Sosyal anksiyetede genetik faktörlerin etkisi birincil derece yakınlar ve ikiz çalışmalarına dikkati çekmektedir (Ollendick ve Hirshfeld-Becker, 2002). İkiz çalışmaları, ikizlerden biri sosyal olarak kaygılı bir yapı sergiliyorsa diğer ikizin de benzer semptomları sergileme olasılığının olduğunu göstermektedir. Bu olasılık tek yumurta ikizlerinde daha da yüksek olmaktadır. Benzer şekilde yakın aile üyelerinden birinde sosyal anksiyete olan bireylerin bu problemi yaşaması şaşırtıcı bir durum değildir (Detweiler, Comer, Crum ve Albano, 2014; Hope, Heimberg, Juster ve Turk, 2000). Anksiyete bozukluklarında genetik faktörlerin etkisinin belirlenmesi amacıyla aynı cinsiyetteki 32 tek yumurta ve 53 çift yumurta ikizi üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının sıklığı toplam proband grupta hem tek yumurta ikizlerde hem de çift yumurta ikizlerde iki kat daha yüksek bulunmuştur (Torgersen, 1983). Sosyal anksiyetenin önemli bir değişkeni olan olumsuz değerlendirilme korkusunun, geniş kalıtsallık derecesinin %48 olduğunu gösteren ikizlerle yapılmış bir çalışmada; olumsuz değerlendirilme korkusunu etkileyen genlerin huzursuzluk, boyun eğcilik ve sosyal kaçınma gibi anksiyete ile ilişkili kişilik özelliklerini de etkilediği görülmektedir (Stein, Jang ve Livesley, 2002).

### **2. 1. 2. 3. 1. 2. Fizyolojik Faktörler**

Genetik ve beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen bulgular nörepinefrin, dopamin, serotonin, nöradrenalin ve GABA gibi çeşitli nörotransmitter sistemlerinin sosyal anksiyete gelişimine katkıda bulunduğuna işaret etmektedir (Fink vd., 2009; Karadağ, 2010; Sayın, 2007). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, amigdala ve insulanın, sosyal anksiyetenin kronikleşmiş ve patolojik bir rahatsızlığa dönüşmüş hali olan sosyal anksiyete bozukluğunun sinirsel devresindeki merkezi rolüne vurgu yapmaktadır (Fink vd., 2009). Sosyal anksiyeteli bireylerde amigdala ve insulada hiperaktivite mevcuttur. Bu aktivasyon örüntüsü, korku koşullanması esnasında beklenti anksiyetesi yaşayan sağlıklı bireylerde de ölçümlenmiştir (Etkin ve Wager, 2007). Amigdala temporal lobun ön kısmında bulunur ve duygu, motivasyon ve hafızayı kontrol etmede rol oynar. Sosyal ipuçlarının ve duygusal ifadenin işlenmesinde rol oynayan amigdala, algılanan sosyal tehdit arttıkça, yüz ifadelerine kaygılı bir tepki verir. Sosyal anksiyetesi olan bireyler, olumsuz sosyal ipuçlarına karşı seçici bir algılama gerçekleştirip önyargılı bir yaklaşım sergilerler. Sosyal tehdidin işlenmesiyle ilişkili sinirsel devrenin bir diğer önemli bileşeni de prefrontal kortekstir (Detweiler vd., 2014, s. 259-261). Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında sosyal anksiyeteli bireylerin medial prefrontal kortekslerinde bozulmuş tepkiler gözlenmiştir. Bu bölge beynin sosyal-bilişsel ağının bir parçasıdır ve diğer insanlarla ilgili zihinselleştirmeler ve izlenimler oluşturmada kritik bir öneme sahiptir (Sripada vd., 2009).

### **2. 1. 2. 3. 1. 3. Mizaç Bileşenleri**

Durağan ve doğuştan getirilen bir yapı olan mizaç özellikleri, kişilik özellikleri gibi kişiden kişiye farklılık gösterir (Kefalianos, Onslow, Block, Menzies ve Reilly, 2012). Mizaç ve anksiyete ilişkisinden bahseden çalışmalarda, davranışsal inhibasyon (engellenme) terimiyle karşılaşılr (Pérez-Edgar ve Fox, 2005). Bu kavram Kagan, Reznick ve Snidman (1988) tarafından geliştirilmiştir. Davranışsal inhibasyon yeni ve tanınmayan uyarılar veya zorluklar karşısında korkulu ve çekingen bir yaklaşım sergileyip geri çekilme eğiliminde olma şeklinde ifade edilebilir (Kagan, Reznick ve Snidman, 1987). Davranışsal inhibasyon gösteren çocukların ilerleyen yaşlarda anksiyete bozukluğu geliştirmeye yatkın olduğu düşünülmektedir (Sayın, 2007). Schwartz, Snidman ve Kagan (1999) tarafından 79 çocukla gerçekleştirilen bir çalışmada, katılımcılar iki yaşında iken davranışsal inhibe olan ve davranışsal inhibe olmayan şeklinde iki gruba ayrılarak 13 yaşına kadar gözlenmiştir. Görüşme ve davranışsal verilerinden elde edilen bulgular inhibe mizaç özelliklerinin ikinci yıldan erken ergenliğe kadar olan yaklaşık 12 yıllık süre boyunca korunduğunu ve bu

mizaca sahip ergenlerin sosyal anksiyete geliştirmeye yatkın olduğunu göstermiştir. Davranışsal inhibisyona ek olarak, düzensiz korku profiline sahip olma ve kaygılı-yalnız davranışlar sergileme sosyal anksiyete ile ilişkili olabilecek diğer mizaç bileşenlerindedir (Detweiler vd., 2014). Korku düzeylerini tehlikeyle orantılı bir şekilde ayarlayamayan (düşük tehdit içeren durumlar karşısında yüksek korku tepkisi gösteren) iki yaşındaki bebeklerin anaokuluna geldiklerinde sosyal anksiyete belirtileri gösterdiği gözlenmiştir (Buss, 2011; Buss vd., 2013). 192 ilkokul öğrencisiyle yürütülen boylamsal bir çalışmada, kaygılı-yalnız davranışlar sergileyen katılımcıların sosyal anksiyete bozukluğunun yanı sıra duygudurum bozuklukları ve diğer kaygı bozukluklarıyla ilişkili tanı alma olasılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Gazelle, Workman ve Allan, 2010).

## **2. 1. 2. 3. 2. Gelişimsel Faktörler**

### **2. 1. 2. 3. 2. 1. Bağlanma**

Bowlby'e (1973) göre bağlanma, bebek açısından hayati bir öneme sahiptir. Bağlanma davranışı ile anksiyete tepkisindeki kaçış davranışına bakıldığında genellikle aynı uyarıcı durumlar tarafından tetiklendiği ve her iki davranışın da koruma işlevine dönük olduğu görülmektedir. Birey geri çekilmek veya kaçmak istediği uyarıcı bir durumla karşılaştığında, kendisini korkmuş, huzursuz veya endişeli olarak tanımlar. Aynı şekilde, benzer bir uyarıcı durumda bireyin bağlanma davranışı ortaya çıktığında ve birey bağlanma figürünü bulamadığında genellikle aynı kelimelerle duygu durumunu ifade eder. Çocuk bağlanma figüründen ayrılma tehdidiyle karşı karşıya kaldığında veya bağlanma figürü tarafından reddedildiğinde, kaygılı ve öfkeli tepkiler gösterir (Bowlby, 1973). Bağlanma, bebekte güven duygusunun gelişmesine etki eden güçlü bir psikolojik değişken olup çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek birçok psikopatolojik semptomla da yakından ilişkilidir (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005; Tüzün ve Sayar, 2006). Güvensiz bir şekilde kurulan bağlanma, anksiyete bozukluklarına zemin oluşturabilmektedir (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011; Parade, Leerkes ve Blankson, 2010). Sosyal anksiyete bozukluğu olan 118 bireyle yapılan bir çalışmada, kaygılı bağlanma sergileyen katılımcılar güvenli bağlanma sergileyenlere oranla daha ciddi düzeyde sosyal kaygı ve kaçınma, daha yüksek oranda depresyon, daha düşük işlevsellik düzeyi ve daha düşük yaşam doyumu göstermiştir (Eng, Heimberg, Hart, Schneier ve Liebowitz, 2001).

Bağlanma örüntüleri, bireyin sosyal-duygusal yeterliliklerini belirlemede de kritik bir role sahip olabilmektedir (Morsünbül ve Çok, 2011). Ebeveyni ile güvenli ilişkileri olan genç bireyler, pozitif tepkiler içeren nitelikli akran ilişkileri kurmakta ve sosyal ortamlarda

düşük bir kaygı yaşamaktadır (Parade vd., 2010). Benzer durum çocuklar (orta çocukluk döneminde olanlar) için de geçerli olmakla birlikte ebeveyniyle güvensiz bağlanma örüntüsü geliştiren çocuklar, akranları tarafından negatif değerlendirileceklerine dair korku yaşamaktadırlar. Ebeveyniyle kararsız bağlanma örüntüsü geliştiren çocuklar ise yeni toplumsal durumlarda yüksek bir sosyal kaçınma eğilimi göstermektedir (Brumariu ve Kerns, 2008). Kaçınma davranışları, olumsuz değerlendirilme korkusu (Leary, Kowalski ve Campbell, 1988), yetersiz davranacağına dair beklenti gibi kavramların sosyal anksiyetenin belirtilerinden olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bağlanma ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkinin anlaşılması kolaylaşır.

### **2. 1. 2. 3. 2. 2. Ergenlik**

Yüksek sosyal anksiyete ergenlik çağındaki gençler arasında yüksek oranda görülebilmektedir (Burstein vd., 2011). Ergenlik, cinsel ve fiziksel olgunlaşmayla sonuçlanan bir dizi biyolojik değişikliğin gerçekleştiği gelişimsel bir geçiş dönemidir. Birtakım hormonal değişikliklerin gerçekleştiği bu dönemde yeni güdüler, sosyal ve motivasyonel eğilimler aktif hale gelir. Sosyal ve duygulanımsal açıdan değişiklikler ve zorluklar yaşanır. Tüm bu biyolojik değişimler, ergenlerin sosyal etkileşimlerine bağlı olarak duygu ve davranışlarına etkide bulunur (Forbes ve Dahl, 2010). Göğüslerin büyümesi, kıllanma, aknelere, çocuk görünümünden daha kadınsı veya daha erkeksi bir görünüme doğru giden birtakım değişimler ve eşlik eden ergen benmerkezciliği bu dönemdeki bireylerin nasıl göründükleri ve etrafındakiler tarafından izlendiklerine dair birtakım sosyal kaygılar yaşamalarına yol açabilir. Bedenine yönelik memnuniyetsizlik ve çevresindekilerden olumsuz tepkiler alacağına dair beklenti içerisinde olma ergenlikte sosyal anksiyete belirtilerini belirlemede yardımcı olacak değişkenlerdendir (Deardorff vd., 2007). Sosyal anksiyeteli ergen göz temasından kaçınma, soru sormama, konuşmayı başlatma veya sürdürmede problemler yaşama, boğuk sesle veya düşük ses tonuyla konuşma, çekingen davranma, hayır diyememe gibi yetersiz sosyal beceriler sergiler (Beidel vd., 2007; Fisher, Masia-Warner ve Klein, 2004; Miers, Blöte ve Westenberg, 2010). Akran grupları ve sosyal ortamların kimlik kazanım süreçlerinde ve psikososyal gelişimlerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bu yaş grubundaki bireyler, yüksek sosyal anksiyete ve düşük sosyal becerilerinin etkisiyle aşırı internet kullanımı (Bernardi ve Pallanti, 2009; Ko, Yen, Chen, Yeh ve Yen, 2009; Ko, Yen, Yen, Chen ve Chen, 2012) gibi yüz yüze iletişimi gerektirmeyen problemlerli davranışlara veya yalnızlığa (Caplan, 2006; Jones, Rose ve Russell, 1990; Moore ve Schultz, 1983; Sübaşı, 2010) yönelir. Sosyal anksiyetesi yüksek ergenlerin sıklıkla kalabalıklar içinde kaybolması ve birtakım

ihtiyaçlarını karşılamak için atılın olmalarını gerektiren durumlardan dikkatleri üzerlerine çekmemek için kaçınmaları, yaşamlarına katkı sağlayacak gerekli ilgi ve desteği almaktan onları alıkoyar. Akranlarıyla karşılaştırıldığında sorunlu davranışlarla dikkat çekmedikleri için aileleri ve okul personeli tarafından da genellikle farkedilmezler (Albano, 1996). Sosyal anksiyeteleri ciddi düzeye ulaştığında ise okula gitmeyi reddedebilirler (Heyne, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren ve Westenberg, 2011; Kearney, 2008). Bu durum ise mezun olmadan okulu bırakmalarına yol açar (Inglés, Gonzálvez-Maciá, García-Fernández, Vicent ve Martínez-Monteagudo, 2015; Stein ve Kean, 2000; Van Ameringen, Mancini ve Farvolden, 2003).

Ruh sağlığı çalışanlarının normal anksiyeteyi, patolojik anksiyeteden ve anksiyete belirtilerini anksiyete bozukluklarından ayırt etmesi önemlidir. Özellikle ergenlik döneminde anksiyete sıklıkla yaşanabilmektedir. Çünkü ergen birey; hızlı bir gelişim sürecinden geçmek, artan cinsel uyarılmalar, kimlik kazanımı ve özerkliğin artması gibi kritik birçok değişkenle karşılaşmaktadır. Bu dönemdeki anksiyete bozuklukları fark edilmeyip tedavi edilmediğinde ise depresyon (Bayramkaya, Toros ve Özge, 2005; Beesdo vd., 2007), intihar (Gallagher, Prinstein, Simon ve Spirito, 2014), madde kullanımı (Buckner, Bonn-Miller, Zvolensky ve Schmidt, 2007; Buckner, Heimberg, Ecker ve Vinci, 2013; Grant vd., 2004) gibi riskli davranışların denenmesi şeklinde daha ağır sonuçlara yol açabilmektedir (Hayward ve Collier, 2008, s. 181).

### **2. 1. 2. 3. 3. Çevre ve Öğrenmeye Dayalı Yaşantılar**

Bu başlık altında akran etkisi ve ebeveynlik tarzlarının etkisine yer verilmektedir. Gelişim dönemleri incelendiğinde ergenlik döneminde sosyal, duygusal, fiziksel, bilişsel ve cinsel alanlarda birtakım değişim ve gelişimlerin olduğu görülmektedir. Bebeklikten sonra gelişimin en hızlı olduğu ergenlik döneminde birey, yoğun bir duygu sirkülasyonu ve somut bir nedene dayandıramadığı iç huzursuzluklar yaşayabilmektedir. Ergenlerin iç sıkıntı ve kaygı yaşamalarına yol açan faktörlerden biri de sosyal ilişkileri olabilmektedir. Bir akran grubuna üye olma, olumlu arkadaşlık ilişkileri, karşı cinsle kurulan nitelikli ilişkiler ergenlerin sosyal anksiyeteye ilişkili duygular yaşamasını engelleyebilirken akran ilişkilerinde zorbalığa maruz kalma ve arkadaşlarla olan negatif etkileşimler yüksek sosyal anksiyeteyi yordayabilmektedir (La Greca ve Harrison, 2005). Sosyal anksiyetesi yüksek olan ergenler zayıf bir sosyal işlevsellik düzeyi göstermekte, sınıf arkadaşlarından daha az destek ve sosyal kabul görmektedirler (La Greca ve Lopez, 1998). Yaşamdaki olumsuz deneyimler ve olaylar, sosyal durumlarda pozitif çıkarsamalar yapamama, olumlu olaylara

koru tepkisi gösterme ve düşük yaşam kalitesi sosyal anksiyeteye ilişkili faktörlerdendir (Kashdan, Weeks ve Savostyanova, 2011).

Aşırı koruyucu ebeveyn tarzının benimsendiği ve çocuğa aile sıcaklığının hissettirilmediği bir ortamda yetişen bireyler yüksek sosyal anksiyeteye sahiptirler. Ebeveyninin aşırı koruyucu olması, bireyin sonuçların büyük oranda dış faktörler tarafından belirlendiğine inandığı bilişsel bir stil geliştirmesine yol açar. Aşırı koruyucu yaklaşım, çocuğun gerekli sosyal becerileri kazanmasını engeller ve birey toplumsal taleplerle karşılaştığında içsel kontrolü sağlayamaz. Davranışlarının dışsal faktörler tarafından kontrol edildiğine dair geliştirmiş olduğu bilişsel önyargı, bireyin sosyal anksiyetesinin yükselmesine yol açar (Spokas ve Heimberg, 2009).

### **2. 1. 2. 3. 4. Kişisel Nedenler ve Algılamalar**

Bu başlık altında sosyal anksiyetenin sürdürülmesine etki eden kişisel algılamalar ve bilişsel faktörlerden bahsedilmektedir. Sosyal anksiyetesi olan bireyler, sosyal açıdan tehdit edici durumlarla başa çıkmaya dönük becerilerini küçümseme eğilimindedirler (Lucock ve Salkovskis, 1988). Bu bireyler gerçekçi olmayan sosyal standartlara sahip olabilirler ve erişilebilir sosyal hedefler belirlemede yetersiz kalabilirler. Aynı zamanda bu bireyler, zorlayıcı sosyal durumlar karşısında dikkatlerini anksiyetelerine odaklayıp, sosyal bir nesne olarak kendilerine yönelik negatif öz-değerlendirmeler yapabilirler. Karşılaştıkları sosyal durumlardaki başarısız sonuçları abartma eğilimindedirler. Bu bireylerin sosyal durumlarla etkili başa çıkacaklarına dair yeterlilik inançları ise düşüktür (Hofmann, 2007). Mükemmeliyetçi öz-sunum, olumsuz sosyal geri bildirimler ve bireyin kişilerarası ilişkilerinde neden kötü muamelelere maruz kaldığına dair ruminatif düşünceleri, sosyal anksiyeteye yatkınlaştırıcı faktörlerdendir (Nepon, Flett, Hewitt ve Molnar, 2011). Genetik yatkınlık, erken yaşam deneyimleri veya travmatik yaşantıların kombinasyonu sonucunda geliştirilen dışsal kontrol odağı, mükemmeliyetçi standartlar ve düşük öz-yeterlik algısı gibi fonksiyonel olmayan düşünce örüntüleri, bireyin sosyal etkileşimlerine ve kaçınma davranışlarına yön verebilir (Hope vd., 2000).

### **2. 1. 2. 4. Sosyal Anksiyete ve Utangaçlık Arasındaki İlişki ve Farklılıklar**

Utangaçlık başkalarının varlığında bireyin davranış şekline işaret eden bir kelimedir ve genellikle sessiz, ölçülü olmayı ve kısıtlı bir davranış şeklini kasteder. Utangaç kişiler kendileri hakkında konuşma ve fikirlerini ifade etme konusunda çok az istekli olurlar. Utangaçlık duruma bağlı olarak bazen sessizlik, sakinlik, mütevazilik veya başkalarını dinlemeye istekli olma gibi olumlu tanımlamalar da içerebilir. Doğu kültüründe olumlu bir

davranış şekli olarak kabul gören utangaçlık, batı toplumlarında aksi yönde bir izlenim oluşturmaktadır. Bu kavram kısaca iddialı olmama, arka planda olmayı tercih etme, liderlik etmeyip uyum sağlama gibi kişilik özellikleriyle ilgili eğilimleri ifade etmek için de kullanılan bir kavramdır (Crozier ve Alden, 2009). Utangaç insanlar ile nazik insanlar, davranışları açısından çok benzerlik gösterirler fakat bilişler ve duygular açısından farklılaşırlar. Utangaç olmayan nazik insanlar, rahat ve sakin bir şekilde dikkatlerini duruma vermişken; utangaç insanlar duygu ve biliş düzeyinde böyle değildir (Schwarzer, 1984). Utangaçlık, hedeflerini gerçekleştirmekten bireyi alıkoyan problemlerle bir duygu olarak anlaşılmamalıdır. Burada yapılması gereken ayırım şudur: Utangaçlık, sosyal anksiyetenin duygusal bir bileşeni olabilir ancak sosyal anksiyete davranışsal olarak mutlaka utangaçlığa yol açacaktır diye bir kural yoktur (Henderson, Gilbert ve Zimbardo, 2014). Utangaç bireyler de sosyal anksiyeteli bireyler gibi toplumsal bir ortama girdiklerinde beklenti kaygısı yaşayabilirler. Fakat etraflarındaki insanların ilgili tavırlarını görünce kendilerinin aslında sıkıcı olmadıklarına karar verirler. Bu değerlendirme, zihinlerindeki negatif düşünce dizisini ve anksiyetelerini kontrol altına almalarını sağlar. Sosyal anksiyeteli bireyler ise bu rasyonel değerlendirmeyi yapamayarak olumsuz düşünceler dizisini ve anksiyetelerini devam ettirirler (Clark ve Wells, 1995).

### **2. 1. 2. 5. Sosyal Anksiyete ve Sosyal Fobi Arasındaki İlişki ve Farklılıklar**

Sosyal anksiyete, toplumsal durumlarda her birey tarafından deneyimlenebilecek bir duygu durum olmakla birlikte durumu normal veya problemlerle yapan anksiyetenin derecesi ve işlevsellik düzeyini nasıl etkilediğidir. Normal düzeyde yaşanan sosyal anksiyete kısa sürelidir ve kişinin yaşamını fark edilir düzeyde engellemez. Fakat fark edilir düzeyde ve sıklıkla yaşanan bir hal almışsa yani ciddi bir belirtiyeye dönüşmüşse, kişiyi performansını sergilemekten ve diğer insanlarla etkileşime girmekten alıkoyuyorsa klinik bir tanı olan sosyal fobiden bahsedilebilir (Hope vd., 2000, s. 5). Sosyal anksiyete sosyal fobinin, yaygın anksiyete bozukluğunun, performans anksiyetesinin, çekingen kişilik bozukluğunun ciddi bir semptomudur (Heckelman ve Schneier, 1995). Sosyal fobi tanısı almış bireyler, sosyal ortamlarda klinik düzeyde anksiyete yaşarlar. Sosyal fobinin başlangıç yaşı 13-24 arasında değişebilirken (Dilbaz, 1997), bireylerde sosyal anksiyete belirtileri daha erken yaşlardan itibaren gözlenebilmektedir (Buss, 2011; Buss vd., 2013; Gazelle vd., 2010). Üniversite öğrencilerinde de oldukça sık görülen ve özkıyım düşüncelerinin yüksek oranda eşlik edebildiği sosyal fobi, bireylerin kimlik gelişim sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Gültekin ve Dereboy, 2011).



### **2. 1. 2. 6. Sosyal Anksiyete ve Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki ve Farklılıklar**

Kaçınma davranışı sosyal anksiyetenin sürdürülmesinde kritik bir role sahiptir ve benzer davranış örüntüsü çekingen kişilik bozukluğunda da ortaya çıkmaktadır. Çekingen kişilik bozukluğu, bireyin sosyal etkileşimlerine müdahale ederek romantik ilişkileri, evlilik, arkadaşlık ve iş ilişkileri gibi önemli yaşam parametrelerini olumsuz etkileyebilir (Reich, 2014, s. 40). Çekingen kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler genel olarak sosyal fobi ile aynı semptomları paylaşmakta (Reich, 2014) ve bu iki bozukluk komorditite, demografik özellikler, kaygı ve işlevsellikte bozulma açısından benzerlikler göstermektedir (Lampe ve Sunderland, 2015). Diğer yandan sosyal fobiye yönelik hem psikolojik hem de farmakolojik müdahalelerin çekingen (kaçınan) kişilik bozukluğunun tedavisinde de etkili olduğu görülmektedir (Tillfors ve Ekselius, 2009). Bu kişilik bozukluğuna sahip bireyler, sosyal fobiklerde olduğu gibi ciddi sosyal anksiyete belirtileri ve kaçınma davranışları gösterirler (Brown, Heimberg ve Juster, 1995). Benzer yapılar sergilese de bu iki bozukluğun birbirinden farklılaştığı yönler vardır (Tillfors ve Ekselius, 2009). Fizyolojik tepkime ve bilişsel içerik her iki grup için aynı olsa da çekingen kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin kişilerarası ilişkilerde daha duyarlı olduğu ve daha düşük sosyal beceri sergilediklerini gösteren çalışmalar mevcuttur (Turner, Beidel, Dancu ve Keys, 1986).

### **2. 1. 2. 7. Sosyal Anksiyete ve İlişkili Olduğu Diğer Bozukluklar (Sosyal Anksiyetede Eş Tanılar)**

Sosyal anksiyete belirtileri diğer bozukluklarda da gözlenebilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunun yüksek bir yaygınlık oranı göstermesi, SAB ve diğer içselleştirme bozukluklarının genetik yatkınlık açısından bazı ortak noktalarının olması bu durumun nedenlerinden olabilir (Berman ve Schneier, 2004). SAB'ın ortalama başlangıç yaşı 15.1'dir. Kadınlarda, bekarlarda, 18-29 yaş aralığındaki bireylerde, eğitim seviyesi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerde SAB oranı daha yüksektir (Grant, 2005a; Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz ve Weissman, 1992). SAB, diğer bozukluklarla yaşam boyu komorbidite oranı yüksek bir bozukluktur (Fehm, Beesdo, Jacobi ve Fiedler, 2008); Schneier ve diğerleri (1992) tarafından yapılan çalışmada bu oranı %69 bulmuştur. Fehm ve diğerleri (2008) ise araştırmalarında SAB'lı bireylerin büyük çoğunluğunda (N=73/83, %87.3) en az bir tane ruhsal bozukluk olduğunu belirtmiş; bu bireylerin %20'sinde bir; %20'sinde iki ve %60'ında üç veya daha fazla komorbid durum bulgulamıştır. Aynı çalışmada, eştanılı olguların çoğunda SAB'ın eşlik eden bozukluklardan önce geldiği görülmektedir (toplam: %66; kadın: %70.7; erkek: %57.5).

Sosyal anksiyete ve depresyon benzer birtakım davranışsal karakteristiklere sahiptir. Örneğin, sosyal anksiyetenin temel özelliklerinden olan sosyal durumlarından kaçınma depresyonda da sıklıkla gözlemlenir (Ingram, Ramel, Chavira ve Scher, 2005, s. 250). Duygudurum bozuklukları ile sıklıkla birlikte görülebilen SAB (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011), duygudurum bozukluklarından daha önce başlar ve majör depresyonun yordayıcısıdır (Binbay ve Koyuncu, 2012; Koyuncu, 2012, s. 144). Genetik yatkınlık açısından da sosyal anksiyete ve majör depresyon benzer birtakım özellikleri paylaşır (Hetteima, 2008; Nelson vd., 2000). Özellikle ergenlik çağında veya genç yetişkinlikteki SAB, depresif bozuklukların ortaya çıkmasında güçlü bir risk faktörüdür (Stein vd., 2001). Yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluğun belirtileri arasında görülen belirsizliğe tahammülsüzlük sosyal anksiyetede de gözlenmiştir (Boelen ve Reijntjes, 2009) ve endişe ile belirsizliğe tahammülsüzlük yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (Dugas, Schwartz ve Francis, 2004). Anksiyete bozuklukları birbiriyle sıklıkla birlikte görülebilmekte olup anksiyete bozuklukları arasındaki komorbidite oranı .14 ve .41 arasında değişebilmektedir (Mosing vd., 2009). Sosyal anksiyete bozukluğu; yaygın anksiyete bozukluğu (Grant vd., 2005b; Hearn, Donovan, Spence ve March, 2017; Kaufman ve Charney, 2000), obsesif kompulsif bozukluk (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009; Torres vd., 2006), panik bozukluk (Evren, 2010), yeme bozuklukları (Kaye vd., 2004; Swinbourne ve Touyz, 2007), beden dismorfik bozukluğu (Berman ve Schneier, 2004; Fang ve Hofmann, 2010; Hollander ve Aronowitz, 1999; Pinto ve Phillips, 2005; Veale vd., 1996), kişilik bozuklukları (Keller, 2003; Sanderson, Wetzler, Beck ve Betz, 1994; Grant vd., 2005b) ve şizofreni (Cosoff ve Hafner, 1998) ile birlikte görülebilmektedir (Dilbaz, 2000; Wenzel ve Jager-Hyman, 2014). SAB, alkol (Buckner, Eggleston ve Schmidt, 2006) ve madde bağımlılığı (Buckner, Schmidt, Bobadilla ve Taylor, 2006; Sonntag, Wittchen, Höfler, Kessler ve Stein, 2000) ile de birliktelik gösterebilmektedir (Buckner vd., 2008; Lydiard, 2001). SAB'da aşırı alkol kullanımının nedenlerinden biri, kişinin alkolün anksiyetesini azaltacağına inanmasıdır (Evren, 2010). Birey bu şekilde olumsuz değerlendirilme korkusu, sosyal kaçınma gibi sosyal ortamlara özgü korkuları ile başa çıkmaya çalışmaktadır (Stewart, Morris, Mellings ve Komar, 2006; Thomas, Randall ve Carrigan, 2003).

## **2. 1. 2. 8. Sosyal Anksiyete Tedavisinde Kullanılan Temel Yaklaşımlar**

### **2. 1. 2. 8. 1. İlaç Tedavisi**

Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) yaygın olarak birinci basamak tedavisi olarak kabul edilir, ancak serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), monoamin

oksidaz inhibitörleri (MAOI), benzodiazepinler ve birkaç başka ajanın da etkili olduğu kanıtlanmıştır (Fink vd., 2009). SSRI grubu ilaçlardan olan Paroxetine (Seroxate), fluvoxamine (Faverin) ve sertraline (Lustral, Serdep, Seraline) ile yapılan kontrollü çalışmalar tedaviye yanıt oranlarının %50 ile %75 arasında değiştiğini göstermektedir. Antidepresan etkisi olan bu ilaçların yan etkileri az oranda görülür ve bağımlılık yapmazlar fakat etkileri geç başladığı için akut anksiyete epizodları için uygun değildirler. Benzodiazepinler grubundan olan Alprazolam (Xanax) ve klonazepam (Rivotril) ile yapılan kontrollü çalışmalar akut sosyal fobi tedavisinde başarı oranlarının %40 ile %80 arasında değiştiğini göstermektedir. Bu ilaçlar etkisini çabuk gösterir ve kolay tolere edilebilirler fakat madde bağımlılığı öyküsü olan bireylerde fiziksel bağımlılık yapma riskleri vardır. Kontrollü çalışmalar yaygın sosyal fobisi olan kişilerin yaklaşık üçte ikisinin MAOI grubu ilaçlarla tedaviye başarılı yanıt verdiğini göstermiştir. Bu grup ilaçların da birtakım yan etkileri vardır (Ersoy, Edirne ve Oğuz, 2003). Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde etkili olan ilaçlar göz önünde bulundurulduğunda, bozukluğun nörobiyolojik gelişiminden ve tedavi yanıtının düzenlenmesinden tek bir nörotransmitterin sorumlu olmadığı ortaya çıkmaktadır (Dilbaz, 2000).

## **2. 1. 2. 8. 2. Davranışçı Yaklaşım**

Gözlem ve deneyin psikoloji alanına girmesini sağlayan davranışçılık koşullanma ve öğrenme ile ilgili birtakım ilkelerin geliştirilmesinde bu yöntemleri kullanmıştır. Pavlov'un klasik koşullanma deneyi, Skinner'in edimsel koşullanma deneyi, Watson'un fobik tepkileri açıklamaya yönelik küçük Albert deneyi, Thorndike'in psikoloji laboratuvarında kedilerle yaptığı çalışmalar sonucunda geliştirdiği etki yasası ve ilk davranışçı terapistlerden Wolpe'un (1915-1997) sistematik duyarsızlaştırma tekniği bu çalışmalara verilebilecek örneklerdendir (Türkçapar, 2011, s. 14-20). Davranışçı terapi ile anksiyete bozukluklarının tedavisi ise ilk olarak basit fobiler üzerinde uygulanmıştır (Delprato ve McGlynn, 1984).

Sosyal anksiyetede tehdidin yüksek algılanması ve düşük yeterlilik düzeyinin kombinasyonu birtakım savunmacı davranışlar oluşturur. Bu davranış yelpazesinde kaçınma tepkisinin yanı sıra inhibe olmuş davranışlar ve fazla konuşma gibi aşırılıklar da gözlemlenebilir. Bu da başarısız deneyimler ve hatalı çıkarımların sürdürülmesine yol açar. Bu tür davranışsal tepkilerin değiştirilmesini amaçlayan terapi, kısır döngüyü kırarak sistemin kendi kendini yürütmesini de engellemiş olur. Maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma, gevşeme eğitimi, in vivo maruz bırakma ve sosyal beceri eğitimi gibi davranışçı teknikler sosyal anksiyeteye başa çıkmada kullanılır (Trower ve Turland, 1984, s. 351). Maruz bırakmaya korku ve kaçınma hiyerarşisi oluşturularak başlanır. Danışan

korktuğu durumların listesini çıkarır ve ortaya çıkardıkları anksiyete düzeyine göre bu durumları danışmanıya beraber derecelendirir. Ortaya çıkan kaygı ve kaçınma hiyerarşisi maruz bırakma uygulaması için bir yol haritası işlevi görür (Rodebaugh, Holaway ve Heimberg, 2004). Sistemik duyarsızlaştırmada amaç, bireyin duygularını yeniden tanımlamasına yardımcı olmak için fizyolojik uyarılma ve durumsal ipuçları arasındaki koşullanmış bağlantıyı koparmaktır (karşıt koşullanma). Gevşeme eğitimi; Jacobson'un derin kas gevşetme eğitimi, hipnoz, otojenik eğitim, biofeedback (biyo-geribildirim), oyalama ve odaklanma egzersizleri ve nefes egzersizleri gibi çeşitli tekniklerle gerçekleştirilebilir. In vivo maruz bırakmada, sosyal anksiyeteli bireyin maruz kalacağı durumlar kendisine zarar vermeyecek ve başa çıkma becerilerini öğrenmesini aksatmayacak şekilde seçilmelidir. Sosyal beceri eğitiminin etkili olması için ise birtakım gereklilikler vardır. Bireyin bir dizi davranışsal ve karmaşık etkileşimsel beceriyi sergileyen diğer insanları gözlemlediği ve daha sonra taklit ettiği model alma bunlardan biridir. Bir sonraki aşamada davranışın prova edilmesi devreye girer. Bir davranış dizisinin parçalara ayrılarak bireyin sözel olarak yönlendirildiği koçluk üçüncü basamağı oluşturur. Dördüncü basamakta geribildirimler ve motivasyonu sağlamak için pekiştireç verme vardır. Son aşamada da öğrenilen becerilerin in vivo kullanılması ve sürdürülmesi için yapılandırılmış ev ödevleri verilir (Trower ve Turland, 1984, s. 355-356).

### **2. 1. 2. 8. 3. Bilişsel Yaklaşım**

Beck bilişsel yaklaşıma dayalı çalışmalarını ilk olarak depresyonlu danışanlarıyla yürütmüştür. Çalışmalarında depresyonla ilişkili bilişsel faktörlerin psikanalitik yaklaşımın motivasyonel-duygulanımsal kavramsallaştırmalarında göz ardı edildiğini gözlemlemiştir. Psikiyatrik hastaların bilişlerindeki tematik içeriğin araştırılmasına dayalı incelemelerinde depresyonun da içinde olduğu yaygın nevrotik bozukluklarda biliş içeriklerinde birtakım farklılıklar ve düşünce örüntülerinde sistemik çarpıklıklar dikkatini çekmiştir. Bunun sonucunda keyfi çıkarsama, seçici soyutlama, aşırı genelleştirme, abartma ve küçümseme gibi sistemik hataları içeren bilişsel çarpıtmalar tipolojisini oluşturmuştur (Dobson ve Dozois, 2010, s. 13).

Bilişsel yaklaşım, olayların algılanma ve yorumlanma biçimine önem verir ve işlevselliği bozan bilişlerin değişmesi üzerinde durur. Bu yaklaşımda, psikanalizde olduğu gibi bilinçdışı ve geçmiş çalışılmaz. Bireyin bugünkü davranış ve düşünceleri ile bilinçli bilgi işleme süreçleri çalışılır. Danışanın kendi algı dünyasında oluşturduğu otomatik düşünceleri, bilişsel çarpıtmaları, kural, varsayım ve inançları üzerinde durulur (Leahy, 2007; Beck, 2014, s. 3). Bireyin gerçekliği yapılandırma şekli duygu durumunu da

belirler ve duygu ile biliş arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Şema olarak tanımlanan ve erken gelişim dönemlerinde edinilen bilişsel yapılar, dışarıdan gelen bilgiyi organize eder ve işler (Dobson ve Dozois, 2010; Padesky, 1994). Normal dışı anksiyete yaşayan birey, akılcı olmayan ve çarpık bir düşünce örüntüsü sergiler ve bu örüntüyü harekete geçiren mekanizma da şemalarıdır. Bireyin tehlikeyle ilgili tekrar eden ve gerçekçi bir dayanağı olmayan düşünceleri vardır. Birey, bu düşüncelerin mantıklılığı konusunda şüphe duysa da rasyonel bir değerlendirme yapamaz ve geçerliliklerine dair inancı yüksektir. Bunun sonucunda da anksiyetesini tetikleyen her uyarıcıyı tehlike olarak algılayıp işlevselliğini bozan anksiyete tepkilerini gösterir. Özetle, işlevsel ve uyumlu bir şematik yapıya sahip bireyler yaşam olaylarını gerçekçi bir değerlendirmeye tabi tutarak normal tepkiler sergilerken, uyum bozucu şematik yapıya sahip bireyler çarpık algılamalar, irrasyonel düşünce dizgeleri, hatalı problem çözme becerileri ve psikolojik bozukluklar sergilerler (Beck, 2008).

Bilişsel terapi, her bir danışanın kendine özgü olan bilimsel kavramsallaştırmasını temel alır. Danışan-danışman arasında güçlü bir terapötik ittifak kurulmalıdır. Hedef yönelimli olan bilişsel terapi geçmiş veya geleceğe değil şimdiki odaklanır. Psikanalitik yaklaşım gibi yıllarca süren uzun bir terapi süreci yoktur, belirlenmiş bir zaman dilimi vardır. Terapi seansları yapılandırılmış olup aktif katılımı gerektirir. Terapist tarafından danışanlara işlevsel olmayan düşüncelerini tanımlayıp bunlara meydan okuma öğretilir. Psikoeğitim ve nüksü önleme, bu yaklaşımda vurgulanan noktalardandır (Beck, Liese ve Najavits, 2005, s. 482).

#### **2. 1. 2. 8. 4. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım**

Bilişsel terapi ve bilişsel-davranışçı terapi kavramları bilişsel modele dayalı terapiyi tanımlamak için sıklıkla eşanlamlı olarak kullanılır. Fakat BDT terimi bilişsel terapi ile bir dizi davranışçı modülün kombinasyonunu, bilişsel ve davranışçı stratejileri içermektedir (Beck, 2005). Bilişsel modele göre anksiyete bozukluğu bireyleri fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere beş alanda etkiler. Psikoeğitim, gevşeme egzersizleri, bilişsel yeniden yapılandırma, alıştırma (exposure), canlandırma (role-play) BDT temelli müdahalelerin içeriğinde yer alan unsurlardandır (Karakoç-Demirkaya, 2015; Leahy, 2007). Ağır düzeyde olan anksiyete bozukluklarında bilişsel-davranışçı terapi ve ilaç tedavisi birlikte kullanılırken, daha hafif olanlarda sadece bilişsel davranışçı terapiye başvurulup uzun süreli olumlu sonuçlar elde edilmektedir (Kocabaşoğlu, 2008). Bilişsel-davranışçı yaklaşım ilaç tedavisine karşı olan bir yaklaşım değildir. Fakat ilaçların kullanım amacı psikolojik rahatsızlıkların ciddi semptomlarını

kontrol altına alıp bilişsel-davranışçı müdahaleyi devreye sokmaktır. BDT'de iş birliği, aktif katılım, iç görü ve farkındalık oldukça önemlidir. Bireyin ağır semptomlarının olması iç görü ve farkındalık geliştirmesine ket vurmakta genel bir tabirle bireyin önünü görmesini engellemektedir.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), çeşitli problemlere uygulanabilen popüler bir terapötik yaklaşımdır. Hofmann ve diğerlerinin (2012) BDT'nin etkililiğine yönelik meta-analiz çalışmalarını gözden geçirdikleri bilimsel bir araştırmada, BDT'nin madde kullanım bozukluğu, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, depresyon ve distimi, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları, insomnia (uyku bozukluğu), kişilik bozuklukları, öfke ve saldırganlık, suça yönelik davranışlar, genel stres, genel tıbbi durumlara bağlı stres, kronik ağrı ve yorgunluk, gebelik komplikasyonları ile ilgili stres ve kadınlarda hormonal durumlarla ilişkili problemler olmak üzere çok çeşitli psikolojik sorunların tedavisi için kullanıldığı görülmektedir. 269 meta-analitik çalışmanın tespit edildiği bu araştırmada vurgulanan noktalardan biri de geniş literatür tabanına rağmen, BDT'nin etkililiğini araştıran yüksek kalitedeki çalışmalara hala açık bir şekilde ihtiyaç duyulduğudur.

#### **2. 1. 2. 8. 4. 1. Sosyal Anksiyetenin Bilişsel-Davranışçı modeli**

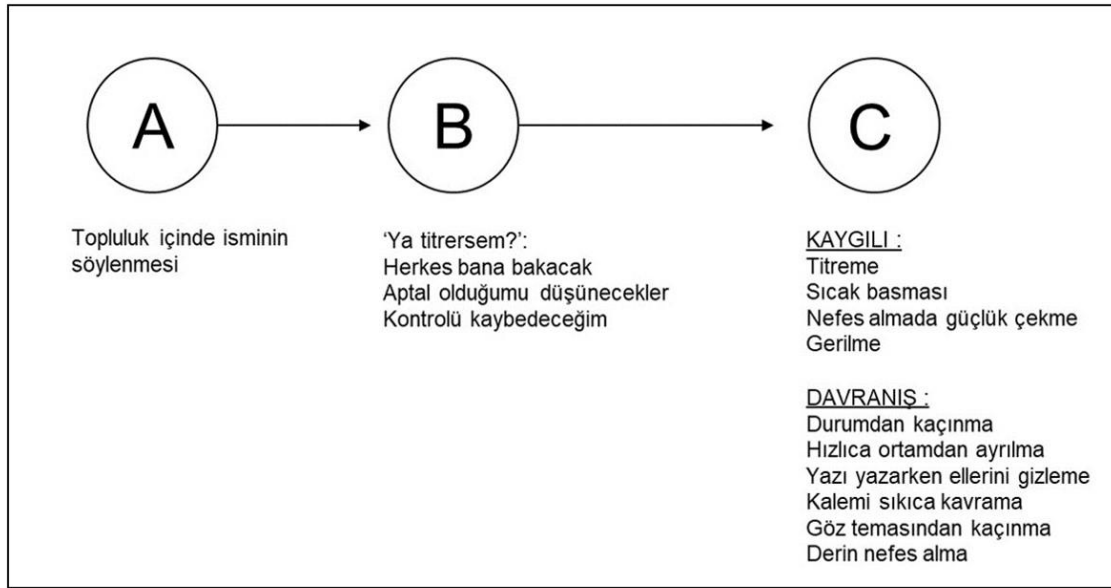
Bilişsel terapinin öncülerinden olan A. Beck ve A. Ellis'in klinik eğitimleri psikodinamik yaklaşım üzerineydi. A. Ellis gibi A. Beck de nevrozların psikoanalitik formülasyonunu sorgulamaya başladı. Klinik uygulamalarında bu yaklaşımın dışına çıkarak psikanalizin öngördüğünün aksine danışanla daha çok etkileşime girip daha direktif bir şekilde terapilerini yürüttüler. Baskın olarak davranışçı terapiler ve daha az ölçüde de psikodinamik yaklaşım bilişsel davranışçı terapiler için temel oluşturmuştur (Dobson ve Dozois, 2010, s. 13; Türkçapar, 2011, s. 20).

BDT anksiyete bozukluklarının tedavisinde oldukça etkili bir müdahale yöntemidir (Silverman vd., 1999; Tolin, 2010). BDT ile bireye hem kişilerarası ilişkilerinde hem de içsel dünyasında adaptif bir şekilde işlev görmesini sağlayacak bilişsel ve davranışsal yeterlilikler öğretilir. Maruz bırakma, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi ve sosyal beceri eğitimi sosyal anksiyeteye yönelik BDT'de kullanılan başlıca tekniklerdendir. Maruz bırakma teknikleri, bireyin korktuğu durumla yüzleşmesine ve psikolojik olarak etkileşime girmesine yardımcı olur. Bunun sonucunda da korkunun azalmasıyla ilgili doğal şartlanma süreçleri (alışma ve sönme) oluşur (Heimberg, 2002). Bilişsel yeniden yapılandırma ile bireylere kaygı uyandıran durumların öncesinde, sırasında veya sonrasında ortaya çıkan negatif otomatik düşünceleri tanımlaması; biliş, duygulanım ve

davranış arasındaki ilişkiyi fark etmesi; otomatik düşüncelerinin doğruluğunu sokratik sorgulama veya davranışsal deneylerle test etmesi, akılcı alternatif düşünceler üretmesi; hatalı düşünce örüntüleri geliştirmesine kaynaklık eden temel inançlarını, varsayım ve şemalarını belirleyip değiştirmesi öğretilir (Clark ve Beck, 2010; Heimberg, 2002). Klinik deneyimler ve bazı deneysel çalışmalar bilişsel yeniden yapılandırmanın, belirtilerin hafiflemesine yol açtığını göstermektedir (Beck, 2016). Gevşeme eğitimi, bireylerin korkulan durumlar karşısında fizyolojik uyarılma derecelerini kontrol etmelerine yardımcı olur (Hackney ve Cormier, 2008). Sosyal beceri eğitimiyle bireylere kişiler arası ilişkilerinde ve iletişim kurarken kullanabilecekleri beceriler öğretilir (Heimberg, 2002; J. S. Beck, 2005).

Anksiyete bozukluklarının temel bilişsel modeline göre, anksiyetesi yüksek birey tehlike odaklı birtakım inançlara sahiptir ve bunlar uyumsuz bilişsel şemaları tarafından tetiklenir. Bu inançları sonucunda birey dikkatini tehdit uyarıcılarına odaklayarak işlevsiz güvenlik davranışları denemeye başlar ve belirsiz uyarıcıları katastrofik bir şekilde yorumlar. Tehlike-odaklı değerlendirme diğer anksiyete bozukluklarına sahip bireylerde olduğu gibi sosyal anksiyeteli bireylerin de bilgi işleme sürecinin her basamağında (algılama, yorumlama ve hatırlama) görülür. Sosyal anksiyeteli birey, başkalarında bıraktığı imaja, performansına ve içinde bulunduğu sosyal durumla ilgili öznel duyularına odaklanır. Bireyin bütün bunlara ilişkin öz-değerlendirmeleri ise olumsuzdur ve objektif değildir. Bu irrasyonel değerlendirmeler bireyin anksiyetesini daha da yükselterek performansını düşürür (Beck, 2005).

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bir bireyin A-B-C profilinde (Şekil 1) A'da anksiyetenin tetikleyicileri yer alır. Bu tetikleyiciler içsel (örn: bedensel duyular, duygusal tepkiler veya davetsiz gelen düşünceler) ve dışsal (örn: diğerlerinin davranışları, çevresel stresörler, korkulan duruma maruz kalma, vb.) uyarıcıları içerebilir. Bu tür uyarıcıların ve onlara bağlı olan anlamların öznel değerlendirmesi (B) ise duygusal ve davranışsal tepkileri (C) etkilemektedir (Wells, 1997, s. 36). Sosyal anksiyete bozukluğu olan bir bireyin örnek A-B-C profili Şekil 2'de sunulmuştur.



Şekil 2. Sosyal anksiyetenin A-B-C profili (Wells, 1997, s. 37).

Sosyal anksiyetesi yüksek bireyler kusurlu ve yetersiz olduklarına dair temel bir algıya sahiptirler. Ayrıca bu bireyler, bu yetersizliklerinin sosyal ortamlarda diğer insanlar tarafından keşfedildiğinde alay konusu olacaklarına ve negatif değerlendirileceklerine dair yoğun bir endişe duyarlar. Sosyal anksiyetenin bilişsel davranışçı terapisinin üç temel bileşeni; sosyal anksiyete hakkında eğitim, korkulan durumlara maruz bırakma ve bilişsel yeniden yapılandırma'dır. Anksiyeteye bilişsel bir yaklaşıma dayalı olarak çalışırken gözden kaçırılmaması gereken temel nokta, bireyin aşırı rahatsız edici veya tehlikeli olarak algıladığı bir şeye yönelik genellikle kaçınma davranışları gösterme eğiliminde olduğudur. Anksiyeteli bireyler spesifik durumlar, belirli davranışsal veya fizyolojik tetikleyicilerden hatta kendi düşünceleri ve duygusal durumlarından kaçınırlar. Kaçınmanın altında yatan neden de utanma ve utanç duyacağından korkmadır (Sudak, 2006, s. 119-122). Kaçınmaya dönük başa çıkma ve kaçınma davranışları, olumsuz pekiştirme süreci aracılığıyla anksiyetenin sürdürülmesine katkı sağlar. Burada birey, korku duyduğu durumdan kaçındıkça rahatlama yaşar. Bu başa çıkma tarzı bireyin tehlike odaklı inançlarını test etmesini de engeller (Carr, 2012). Dolayısıyla inançlarını test edip doğrulayamayan birey, bu abartılmış ve gerçekdışı inançlarını sürdürmeye devam eder.

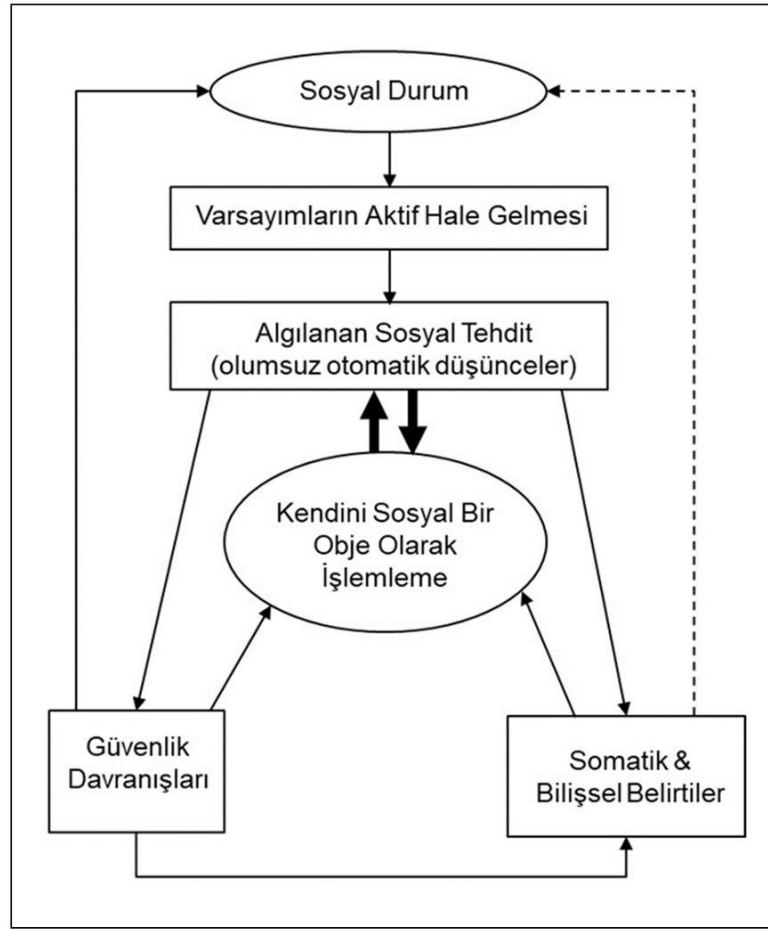
#### 2. 1. 2. 8. 4. 2. Clark ve Wells'in Sosyal Anksiyete Modeli

Anksiyetenin bilişsel modellerinin merkezinde, uyaran durumundaki çeşitli tehlike durumlarının çarpıtılmış bir şekilde değerlendirilmesinin işlevsel olmayan anksiyeteye kaynaklık ettiği fikri yatar (Hackmann, Surawy ve Clark, 1998). Sosyal anksiyeteye ilişkin



ilk bilişsel model olan Clark ve Wells'in (1995) modeli, bu durumun anlaşılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. Sosyal anksiyeteli bireyler, sosyal ortamlarda herkes onları izliyormuş gibi hissederler ve küşük düşmüş hissetmek ile küçük düşürülmeyi, kontrolü kaybetmiş hissetmek ile gözle görülür bir şekilde kontrolden çıkmayı, anksiyeteli hissetmek ile belirgin bir şekilde anksiyete yaşamayı eş değer tutarlar (Clark ve Wells, 1995, s. 71). Clark ve Wells'in bilişsel modelinde yer alan olumsuz sosyal bilişlerin, güvenlik davranışlarının, kendine odaklı dikkatin, olay öncesi ve olay sonrası işleme değişkenlerinin sosyal anksiyetenin anlamlı yordayıcıları olduğunu ve sosyal anksiyetede %48'lik bir varyansı açıkladığını gösteren araştırma sonuçları mevcuttur (Hodson vd., 2008).

Clark ve Wells'in modeli sosyal fobinin etiolojisinden ziyade tedavi edilmeyen sosyal kaçınma ve sıkıntının niçin sürdürüldüğünü açıklamaktadır. Modele göre, sosyal anksiyete bireyin toplumsal bir ortama girmesiyle başlar; bu esnada bireyin sosyal dünyaya ve sosyal bir nesne olarak kendisine yönelik varsayımları etkinleşir. Clark ve Wells, toplumsal ortamlara girdiklerinde sosyal anksiyeteli bireylerin üç temel inanç türünün etkinleştiğini belirtirler: (1) Kendilerine ilişkin aşırı yüksek standartlar belirlerler. Örneğin; sıradan bir sohbede bile hiç takılmadan konuşmak veya bir sunum esnasında tek bir kelimeyi bile hatalı söylememek gibi, (2) Bu standartlara ilişkin koşullu inançları vardır. Örneğin; "Eğer konuşurken takılırsam veya duraklırsam, karşımdaki kişi aptal olduğumu düşünür." veya "Sunumum esnasında bir kelimeyi bile yanlış söylersem işimi kaybederim." gibi, (3) Sosyal anksiyeteli bireylerin kendilerine ilişkin koşulsuz inançları vardır. Herhangi bir davranışı esas almaksızın, kendilerini tuhaf, başarısız veya itici görebilirler (Clark, 2005; Roth, 2004, s. 127-128; Wells, 2002). Sosyal anksiyetesi yüksek olmayan bireylere oranla bu bireylerin öz-değerlendirmeleri daha olumsuzdur, performansları daha düşüktür ve performanslarını azımsama eğilimleri vardır (Stopa ve Clark, 1993). Sosyal anksiyetenin bilişsel modeli Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. Sosyal anksiyetenin bilişsel modeli (Wells, 1997, s. 169)

Olumsuz kendilik imajı, yüksek sosyal anksiyetenin sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir. Sosyal anksiyeteli bireyler, kaygılandıkları toplumsal ortamlarda birtakım olumsuz imajlar deneyimlerler ve kendilerine "gözlemci bir perspektif"le yaklaşır (Hackmann vd., 1998; Hirsch, Mathews, Clark, Williams ve Morrison, 2003; Wells, Clark ve Ahmad, 1998). Düşük sosyal anksiyeteli bireylerle kıyaslandığında bu bireyler dikkatlerini daha çok kendilerine odaklarlar, daha fazla olumsuz düşünceler geliştirirler, anksiyete belirtilerinin diğerleri tarafından yüksek oranda fark edildiğini düşünürler, performanslarını daha olumsuz değerlendirirler ve olay sonrası bilgi işleme süreçleri daha negatiftir (Makkar ve Grisham, 2011). Olumsuz kendilik imajı, sosyal anksiyeteli bireyin performansını ve kendine yönelik yargılamalarını olumsuz bir yönde etkiler. Bu durum kendilik imajının, sosyal anksiyetenin sürdürülmesindeki nedensel rolüne dikkat çekmektedir (Hirsch, Clark, Mathews ve Williams, 2003). Sosyal anksiyete iki tür yorum yanlılığı ile karakterize edilebilir. Birincisi, belirsiz sosyal olay/durumları olumsuz bir şekilde yorumlama eğilimi; ikincisi ise, belirsiz olmayan fakat hafif olumsuz sosyal olay/durumları felaketleştirerek

yorumlama eğilimidir. Bu olumsuz yorumlamalar, sosyal olay/durumlarda algılanan tehlikeyi arttırarak doğrudan anksiyete yaratan bir etkiye sahip olabilirler. Algılanan tehdidin artması, sosyal anksiyeteli bireyi güvenlik davranışlarına yönlendirebilir. Olumsuz yorumlamalar, sosyal anksiyeteli bireyin öz-yeterlik algısına zarar verebilir ve sosyal etkileşimlerinde olumsuz sonuçlar yaşama ihtimalini arttırabilir. Bütün bunlar ise bireyin gelecekte sosyal durumlardan kaçınma olasılığını arttırır (Stopa ve Clark, 2000).

Clark ve Wells, sosyal anksiyeteli bireylerin kullandığı güvenlik davranışlarına da dikkat çeker. "Davranış" olarak adlandırılmakla birlikte, birçok güvenlik davranışı aslında içsel zihinsel süreçlerdir. Örneğin, söylediklerinin anlaşılmayacağından veya aptal görüneceklerinden endişe duyan sosyal anksiyeteli bireyler, ne söyleyeceklerini ezberleyebilirler. Sorunsuz bir konuşma yaptıklarında bunu ezber yapmalarına bağlarlar; normalde oldukları gibi davranmaları durumunda ise karşı tarafa aptal oldukları izlenimini vereceklerini düşünürler. Sosyal anksiyeteli bireylerin kullandığı çok sayıda farklı güvenlik davranışı bu bireylerin korktukları bazı belirtilerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Bireyin dikkat çekmemek için yaptığı bazı güvenlik davranışları, aksi bir şekilde bireyin dikkat çekmesine yol açabilir. Bazı güvenlik davranışları ise sosyal anksiyeteli bireylerin diğerleri üzerinde olumsuz bir izlenim yaratmasına neden olabilir (Clark, 2005, s. 196-198). Örneğin; anksiyete ve zayıflık belirtilerini gizleme çabaları, bu bireylerin diğerleri tarafından soğuk ve samimiyetsiz algılanmalarına, neticesinde ise sıcak ve samimi tepkilerle karşılaşmamalarına yol açabilir. Sosyal anksiyeteli bireylerin kendilerini olumsuz sosyal sonuçlardan korumak amacıyla giriştikleri bu tür güvenlik davranışları ironik bir şekilde sosyal ortamdaki kişilerden olumsuz tepkiler almalarına yol açar (Alden ve Bieling, 1998). Güvenlik davranışları, anksiyetenin ve olumsuz inançların sürdürülmesine katkı sağlayacak biçimde işlev görür (McManus, Sacadura ve Clark, 2008; Okajima, Kanai, Chen ve Sakano, 2009; Salkovskis, 1991; Wells vd., 1995). Güvenlik davranışlarını kullanan birey, zihninde felaketleştirdiği durumun gerçekleşmemesini güvenlik davranışlarına bağlar. Bu atfetme, bireyin felaketleştirmelerinin kendi çarpık düşünce süreçlerinden kaynaklanan irrasyonel yapısını anlamasının önüne geçer.

Sosyal anksiyetenin diğer önemli modeli Rapee ve Heimberg (1997) tarafından önerilmiştir. Bu model, sosyal anksiyeteli bireylerin başkaları üzerinde istenen bir izlenim bırakmaya aşırı önem verdiği varsayımıyla başlar ve bu bireyler diğer insanlara oldukça yüksek bir önem atfeder. Sosyal anksiyeteli bireyler sosyal bir ortam/durumu düşündüğünde veya fiilen sosyal bir ortamda bulunduğunda, diğer insanlar tarafından izlendiklerine dair zihinsel bir temsil oluştururlar. Kendilerinin ve davranışlarının nasıl görüldüğü ile ilgili olan bu zihinsel temsil; dışsal ipuçlarının (izleyicilerin veya sohbet edilen kişinin tepkisi) yanı sıra uzun süreli hafızada saklanan bilgiler (ör. geçmişte aynı

durumda oldukları bir anda nasıl hissettiklerine dair anılar), güncel tecrübeler (ör. hızlı kalp atışı veya terleme) dahil olmak üzere çeşitli kaynaklardan oluşur. Sosyal anksiyeteli birey, kendisinin belirlemiş olduğu bu zihinsel temsili izleyicilerin algılanan beklentileriyle karşılaştırır. Bu ikisi arasındaki tutarsızlığı değerlendiren sosyal anksiyeteli birey, izleyiciler tarafından olumsuz değerlendirilme olasılığını belirler. Bu olasılığı yüksek algıladıkça, anksiyeteleri de yükselir. Anksiyetenin içsel belirtilerine ve olumsuz değerlendirilmenin dışsal belirtilerine odaklanmaları, bu bireylerin yeterli davranacaklarına dair kanıtları görmelerini engeller. Ayrıca sosyal bir obje olarak kendilerine yönelik olumsuz imajları, sosyal ortamlar söz konusu olduğunda bu bireyleri olumsuz bir şekilde etkiler (Heimberg, Brozovich ve Rapee, 2010; Rapee ve Heimberg, 1997; Roth, 2004, s. 129-130; Roth ve Heimberg, 2001; Schultz ve Heimberg, 2008).

### **2. 1. 3. Anksiyete Duyarlılığı**

Anksiyete duyarlılığı (AD), anksiyete ve anksiyete bozuklarıyla ilgili teori ve araştırmalarda önemli bir yere sahiptir (Lilienfeld, Turner ve Jacob, 1993). Anksiyete belirtilerine aşırı duyarlı olan bireyler, bu belirtilerin fiziksel ve ruhsal bir rahatsızlık, kontrol kaybı ve toplumsal ortamlarda utanç duyma gibi zararlı veya katastrofik sonuçlara yol açacağına inanma eğiliminde olurlar (Reiss ve McNally, 1985'ten akt., Stewart ve Watt, 2007). Bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma olmak üzere üç bileşenli bir yapı sergileyen AD (Taylor vd., 2007a), hem gençlerde hem de yetişkinlerde anksiyete bozukluğunun gelişimi için bir risk faktörü olarak algılanmaktadır (Hayward, Killen, Kraemer ve Taylor, 2000; Kearney, Albano, Eisen, Allan ve Barlow, 1997; Li ve Zinbarg, 2007; Rifkin, Beard, Hsu, Garner ve Björgvinsson, 2015; Schmidt, Lerew ve Jackson, 1997; Schmidt, Zvolensky ve Maner, 2006; Schmidt vd., 2010; Taylor vd., 1992; Weems, Hayward, Killen ve Taylor, 2002; Wheaton, Deacon, McGrath, Berman ve Abramowitz, 2012) ve bilişsel bir nitelik sergilemektedir (McNally, 1999a; McNally, Hornig, Hoffman ve Han, 1999; Schmidt, 1999). Çocuklarla yapılan çalışmalar da yüksek anksiyeteli çocukların daha yüksek AD düzeyine sahip olduğunu göstermektedir (Eley, Stirling, Ehlers, Gregory ve Clark, 2004; Rabian, Embry ve MacIntyre, 1999; Rabian, Peterson, Richters ve Jensen, 1993) ve AD düzeyi yüksek çocukların ileride anksiyete bozukluğu geliştirdiğine dair sınırlı sayıda da olsa boylamsal çalışmalar mevcuttur (Schmidt vd., 2010; Weems, Costa, Watts, Taylor ve Cannon, 2007). Çocukların panik belirtilerine yönelik bilişsel tepkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, yüksek AD'nin içsel felaket içerikli yüklemeleri (kontrolü kaybetme, delirme veya ölme düşünceleri) anlamlı bir şekilde yordadığı bulunmuştur (Mattis ve Ollendick, 1997). Yetişkinlerdeki AD ise

çocuklardakinden bazı açılardan farklılaşabilmektedir. Yetişkinlerle karşılaştırıldığında, anksiyeteye ilişkili inançlar çocuklardaki AD'de daha az rol oynayabilir. Çocuk geliştikçe, AD'nin de bilişsel belirtilerden korkma bileşeni gelişebilir (yani anksiyete hakkındaki inançlar ortaya çıkabilir). Bu da AD'deki bireysel farklılıkları etkileyebilir. AD'nin kısmen de olsa genler tarafından belirlendiği ifade eden çalışmaların göz önünde bulundurulması ise, AD'deki bireysel farklılıkların anksiyeteye ilişkili duyumlara karşı doğuştan getirilen refleksif tepkilerle başladığını düşündürebilir (Taylor, Rabian ve Fedoroff, 1999, s. 348).

AD'nin biyolojik yönüne vurgu yapan araştırmacılar olmakla birlikte, bu psikolojik değişkenin kalıtsal mirasla geçtiğine dair doğrudan bir bilgi yoktur (Stein ve Rapee, 1999). Anksiyete duyarlılığının güçlü bir kalıtsal bileşen olduğunu vurgulayan ilk çalışmalardan birini yapan Stein, Jang ve Livesley (1999) de araştırmalarında, AD'yi etkileyen deneyimsel (öğrenmeye dayalı) faktörlerin belirlenmesinin gerekliliğine ve bu faktörlerin genetik faktörlerle panik atakları tetikleyici etkileşimlere nasıl girdiğinin araştırılmasına dikkat çekmektedir. AD'nin etiyolojisini araştırmak için 658 kadın ve 218 erkekte oluşan 245 tek yumurta ve 193 çift yumurta ikiziyle yürütülen bir araştırmada kadınlarda AD'nin bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma alt boyutlarının genetik ve çevresel faktörlerin kombinasyonundan etkilendiği görülmüştür. Erkeklerde ise AD'nin alt boyutlarının çevresel faktörlerden etkilendiği bulunmuştur (Taylor, Jang, Stewart ve Stein, 2008). Stewart, Taylor ve Baker (1997) ise 818 üniversite öğrencisiyle yürütmüş oldukları bir çalışmada (290 erkek, 528 kadın), kadınların sosyal ve bilişsel (psikolojik) belirtilerden korkma alt boyutundaki puanlarına göre fiziksel belirtilerden korkma alt boyutunda erkeklerden daha yüksek puan aldığını; erkeklerin ise fiziksel belirtilerden korkma alt boyutundaki puanlarına göre sosyal ve bilişsel belirtilerden korkma alt boyutlarında kadınlardan daha yüksek puan aldığını bulmuştur. Toplam AD düzeyi açısından ise kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almıştır. Kadınların erkeklerden daha yüksek AD düzeyine sahip olduğunu gösteren başka araştırmalar da mevcuttur (Norr, Albanese, Allan ve Schmidt, 2015; Van Dam, Earleywine ve Forsyth, 2009). AD'de sosyal öğrenme deneyimleri de (cinsiyet rollerinin sosyalleşmesine yönelik deneyimler de dahil) önemli bir faktör olabilir (Stewart vd., 1997). Bununla birlikte, AD karmaşık bir etiyolojiye sahiptir (Taylor vd., 2008). AD; çocukluk döneminde bedensel belirtilerin felaketlenmesinin öğrenilmesi (Watt ve Stewart, 2000; Watt, Stewart ve Cox, 1998), tehditkâr, düşmanca ve reddedici ebeveyn tutumlarına maruz kalma (Scher ve Stein, 2003), davranışsal inhibisyon (Hagopian ve Ollendick, 1996) ve bağlanma (Watt, McWilliams ve Campbell, 2005; Weems, Berman, Silverman ve Rodriguez, 2002) ile de ilişkili bulunmuştur. Güvenli bağlanma stiline sahip bireyler güvensiz bağlanma stiline sahip olanlardan daha düşük AD'ye sahiptir. Güvenli ve kayıtsız bağlanma tarzına sahip bireylerden oluşan grup ile

korkulu ve saplantılı bağlanma tarzına sahip bireylerin oluşturduğu grup arasında AD puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur. Korkulu ve saplantılı bireylerin oluşturduğu kombine grubun AD puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Intrieri ve Margentina, 2017).

### 2. 1. 3. 1. Anksiyete Duyarlılığının Tanımı

Reiss ve McNally (1985) korkudan korkmayı anksiyete beklentisi ve anksiyete duyarlılığı olarak adlandırılan iki bileşenli süreç içerisinde analiz etmiştir. Anksiyete beklentisi, bireyin belirli bir uyarının kaygı/korku uyandırdığını öğrendiği ilişki bir öğrenme sürecini içerir. AD ise kişiliğin yapısında bulunan bir faktör olup anksiyete/korku deneyiminin hastalanacağına, utanç duyacağına veya daha fazla anksiyeteye yol açacağına dair inançlarını içerir. AD'de, birey kendisini kaygılandırma ihtimali olan uyarıcılara karşı tetikte bekler; anksiyete hissetmekten endişe duyar ve anksiyete yaratan uyarılara karşı yüksek bir kaçınma eğilimi gösterir (akt., Reiss vd., 1986). AD, ruhsal problemlerin gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan bilişsel bir risk faktörüdür (Schmidt vd., 1997; Schmidt vd., 2006). AD'nin sürekli anksiyeteye aynı kavram olup olmadığına dair birtakım tartışmalar mevcuttur (Lilienfeld, Jacob ve Turner, 1989; Lilienfeld, Turner ve Jacob, 1993; Lilienfeld, 1996; Lilienfeld, Turner ve Jacob, 1996; McNally, 1989; Orsillo, Lilienfeld ve Heimberg, 1994). Fakat AD'nin sürekli anksiyeteden farklı olduğuna dair görüş baskındır (Comeau, Stewart ve Loba, 2001; McNally, 1989; Rapee ve Medoro, 1994; Taylor, Koch ve Crockett, 1991; Taylor, 1995; Taylor, 1996). Sürekli anksiyete stresörlere korkulu ve kaygılı tepki verme eğilimini ifade ederken; AD, anksiyeteye ilişkili semptomlara korkulu tepki verme eğilimini ifade eder (McWilliams ve Cox, 2001).

Anksiyete ile ilişkili bedensel duymalardan korkma anlamına gelen anksiyete duyarlılığı, bu duymaların zarar verici somatik, sosyal veya psikolojik sonuçları olacağına dair inançlardan kaynaklanmaktadır (Reiss ve McNally, 1985'ten akt., McNally, 1999b, s. 9). Yüksek AD'ye sahip bir kişi, kalp çarpıntısının yaklaşmakta olan bir kalp krizinin işareti olduğuna inanırken, düşük AD'li birey bunu hoş olmayan bedensel bir duyum olarak görür (McNally, 1999b). Düşük AD'ye sahip bireyler stres kaynağının ortadan kalkmasıyla anksiyetelerinin de kaybolacağına inanır. Fakat durum, yüksek AD'ye sahip birey için bu şekilde değildir. Aynı şartlar altında yüksek AD'li bireylerin düşük AD'li bireylere oranla stres verici durumlardan kaçınma ihtimali daha yüksektir ve bu bireyler çok düşük anksiyete beklenen durumlarda bile kaçınma davranışına girebilirler (Reiss, 1999). Tıpkı anksiyeteye ilişkili bozukluklarda olduğu gibi AD değişkeni için de kaçınma davranışı, korkudan korkma mekanizmasını sürdürücü şekilde işlev görebilir.

AD'nin bedensel duyumlardan korkma, bilişsel kontrolü kaybetme endişesi ve anksiyete duyumlarının diğer insanlar tarafından gözlemlenebileceğinden korkma şeklinde birden çok boyutu vardır (Zinbarg, Barlow ve Brown, 1997). Bu boyutlar birbiri ile ilişkili olma eğilimindedir (Taylor ve Fedoroff, 1999, s. 30). Anksiyete (belirtilen oluşma sıklığı) ve AD (anksiyeteyi deneyimlemenin olumsuz etkileri olacağına dair inanç) arasında ayırım yapmak gerekir. Anksiyeteyi katastrofik bir şekilde yorumlamayan bireyler anksiyete uyandıran uyarıcılara çok fazla maruz kaldıklarında bununla başa çıkabilirken; anksiyetenin kalp krizi, ruhsal bozukluklar gibi korkunç etkileri olduğuna inanan bireyler, ağır sonuçlarla karşılaşacaklarına dair anksiyete tepkileri gösterebilirler. Yüksek AD'li bireyler, anksiyete oluşturan uyarılara abartılı ve uzun süreli tepki verme eğiliminde olur (Reiss vd., 1986).

### **2. 1. 3. 2. Anksiyete Bozuklukları İle İlişkisi**

AD, anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ve sürdürülmesinde önemli bir role sahiptir (Deacon, ve Abramowitz, 2006; Ginsburg ve Drake, 2002; Olatunji ve Wolitzky-Taylor, 2009; Schmidt vd., 1997; Silverman, Fleisig, Rabian ve Peterson, 1991; Zinbarg, Mohlman ve Hong, 1999; Stewart ve Watt, 2007). Joiner ve diğerlerinin (2002), yaşları 9-17 arasında değişen 47 genç psikiyatrik hastayla yürüttükleri çalışma AD'nin anksiyete semptomlarıyla ilişkili olduğunu kanıtlamaktadır. AD'nin agorafobi (McNally ve Lorenz, 1987), sosyal fobi (Anderson ve Hope, 2009; Olthuis, Watt ve Stewart, 2014a) ve yaygın anksiyete bozukluğu (Cox, Borger ve Enns, 1999; Rector, Szacun-Shimizu ve Leybman, 2007) ile ilişkisini gösteren çalışmalar da mevcuttur. AD, panik ataklar ve panik bozukluğun gelişiminde de kritik bir role sahiptir (Barlow, 2002; Cox, Borger ve Enns, 1999; McNally, 2002; Taylor vd., 1992) ve panik bozukluğun önemli bir yordayıcısıdır (Schmidt, Lerew ve Jackson, 1999).

Yüksek AD ile yüksek sosyal anksiyete arasında da ilişki bulunmuştur (Moore vd., 2009). Sosyal anksiyeteli birey, toplumsal bir ortamda veya insanların önünde performans sergilerken utanç verici bir şey yapmaktan ve aşağılanmaktan korku duyar. Kişi, kaygı belirtileri (terleme, kızarma, titreme, zihnini toparlayamama, gastrointestinal stres/sıkıntı ya da ishal gibi) göstermekten ve bu belirtilerin etrafındakiler tarafından fark edilmesi sonucunda kaygılı, zayıf, aptal veya beceriksiz olarak algılanmaktan korku duyar (Stewart ve Watt, 2007). AD'nin sosyal anksiyetede rolü, bireyin gözle görülür anksiyete belirtileri göstermesi sonucunda negatif olarak değerlendirilme korkusundan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte negatif değerlendirme korkusu ile anksiyete duyarlılığı aynı şey değildir. Sosyal anksiyetesi yüksek bireyler, AD'nin sosyal belirtilerden korkma alt boyutunda yer

alan maddelerde daha yüksek skora sahiptirler. ADI sosyal etkileşim kaygısının da önemli bir yordayıcısıdır (Cox vd., 1999).

### 2. 1. 3. 3. Diğer Ruhsal Bozukluklar İle İlişkisi

Yüksek AD'ye sahip bireyler çeşitli bozukluklar için risk altındadır. Bu bozukluklar arasında alkol ve madde kötüye kullanımı (DeHaas, Calamari, Bair ve Martin, 2001; DeMartini ve Carey, 2011; Norton, 2001; Stewart ve Kushner, 2001), kronik ağrı (Asmundson, 1999; Asmundson ve Norton, 1995; Zvolensky, Goodie, McNeil, Sperry ve Sorrell, 2001), travma sonrası stres bozukluğu (Kılıç, Kılıç ve Yılmaz, 2008; Naragon-Gainey, 2010; Raines vd., 2017), obsesif kompulsif bozukluk (Calamari, Rector, Woodard, Cohen ve Chik, 2008; Laposa, Collimore, Hawley ve Rector, 2015; Sexton, Norton, Walker ve Norton, 2003), uyku bozuklukları (Baker vd., 2017; Dixon, Lee, Gratz ve Tull, 2018), hipokondriyazis (Bravo ve Silverman, 2001; Otto, Demopolos, McLean, Pollack ve Fava, 1998; Otto, Pollack, Sachs ve Rosenbaum, 1992; Watt ve Stewart, 2000) ve depresyon (Cox, Enns, Freeman ve Walker, 2001; Tull ve Gratz, 2008; Weems, Hammond-Laurence, Silverman ve Ferguson, 1997) sayılabilir (Cox vd., 1999; Mantar vd., 2011; Stewart ve Watt, 2007). Ayrıca anksiyete bozukluğu ile komorbiditesi olan depresyon hastaları daha da yüksek anksiyete duyarlılığı göstermektedir (Cox vd., 1999).

Baş ağrısı yakınması ile nöroloji kliniğine başvurarak migren veya gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan ergenlerle yapılan bir çalışmada, normal popülasyondaki akranlarıyla karşılaştırıldıklarında bu ergenlerin daha yüksek AD ve disosiyatif belirti düzeyine sahip olduğu görülmüştür. AD'si yüksek bireyler ağrıları daha şiddetli hissetmekte ve bu hissi deneyimlemekten daha çok korkmaktadır. Ağrı yaşama korkusu, ergenlerde daha sık baş ağrısına yol açabilmektedir (Akça, Özkan ve Tıraş-Berber, 2013). AD ile kadınlardaki cinsel işlev bozuklukları arasında ilişki olduğunu (Burri, Spector ve Rahman, 2012) ve AD'si yüksek bireylerin riskli cinsel davranışlarda bulunma düzeylerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Wagner, 2001).

Üniversite öğrencilerinde alkol içme nedenleri ile anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, yüksek-AD ve orta-AD'ye sahip öğrencilerin düşük-AD'ye sahip öğrencilere kıyasla başa çıkma nedeniyle alkol kullandıkları belirlenmiştir. Başa çıkma nedeniyle alkol kullanan öğrencilerde riskli alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı belirtileri de artmaktadır. Aynı çalışmada yüksek-AD'ye sahip öğrencilerin orta-AD ve düşük-AD'ye sahip öğrencilere oranla uyum sağlama ve sosyalleşme nedeni ile daha fazla alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Fazla alkol kullanımı ile yüksek-AD'li bireyler anksiyete belirtilerinin kendilerini rahatsız edeceğine dair korkularından veya bu korkularının grup



içinde fark edilmesi sonucunda ortaya çıkacak olumsuz sonuçlardan kaçınılmaktadır (Çakmak ve Ayvaşık, 2007). AD'nin ruhsal problemlerin gelişimi ve sürdürülmesindeki rolü AD'yi azaltmaya dönük birtakım müdahale programlarının geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.

#### **2. 1. 3. 4. Anksiyete Duyarlılığını Azaltmada BDT'nin Kullanılması**

Bilişsel modele göre hatalı bilişsel değerlendirmeler anksiyetenin oluşumu ve sürdürülmesinde kritik bir role sahiptir (Schmidt vd., 1997). Anormal anksiyete ve anksiyete bozukluklarının oluşumunda önemli bir role sahip olan AD'yi azaltmaya yönelik müdahaleler, bu bozuklukların önlenmesi ve tedavisinde de etkili olabilir. BDT, hem klinik hem de risk altında olan örneklerde AD'nin azaltılmasında etkililiği kanıtlanmış bir müdahale yöntemidir (Smits, Bery, Tart ve Powers, 2008).

Yüksek AD'yi azaltmaya dönük üç oturumluk kısa bir BDT programının alkol problemi olan bireylere uygulanması sonucunda, AD skorlarının düştüğü ve problemler içme davranışlarının da azaldığı gözlemlenmiştir (Watt, Stewart, Birch ve Bernier, 2006b). Benzer şekilde yüksek AD'ye yönelik kısa bir BDT grup müdahalesinde katılımcıların AD'si azaldığında anksiyete kaynaklı ağrıların da azaldığı tespit edilmiştir (Watt vd., 2006a). AD'yi azaltmaya yönelik BDT grup müdahalelerinde psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma gibi modüller yer almaktadır (Watt vd., 2006a; Watt vd., 2006b). BDT, AD'yi nasıl azaltmaktadır sorusu şu şekilde cevaplandırılabilir: bilişsel modele göre, bilişsel yeniden yapılandırma egzersizleri ve davranışçı egzersizler bireylere bedensel duyumlarının tehlikeli olmadığını anlama fırsatını sunar. Terapistleriyle süreç boyunca aktif bir şekilde çalışan danışanlar, BDT'nin ilkelerini anlar, oturumlardaki uygulamalar ve oturum dışı uygulamalarla (ev ödevleri) gerekli becerileri kazanıp geliştirirler (Smits vd., 2008).

#### **2. 1. 4. Bilişsel-Davranışçı Terapiler**

Bilişsel-davranışçı terapiler, çekirdekte üç temel önermeyi paylaşır: (1) bilişsel aktivite (etkinlik) davranışı etkiler, (2) Bilişsel aktivite izlenebilir ve değiştirilebilir, (3) İstenilen davranış değişikliği, bilişsel değişim yoluyla gerçekleştirilebilir (Dobson ve Dozois, 2010, s. 4). Bilişsel-davranışçı terapilerin en güçlü yanlarında biri kanıta dayalı tüm verileri değerlendirmeye açık olmasıdır (Özdel, 2015). Yaklaşık olarak 20'den fazla terapi "bilişsel veya "bilişsel davranışçı" olarak nitelendirilmektedir (akt., Corey, 2008, s. 297). Ellis'in akılcı-duygusal davranış terapisi (Ellis ve Bernard, 1985), Beck'in bilişsel terapisi (Beck, 1996; Beck ve Alford, 2009), D'Zurilla ve Nezu'nun problem-çözme terapisi

(Nezu, Nezu ve D'Zurilla, 2012), Jeffrey Young'ın şema terapisi (Young, Klosko ve Weishaar, 2003), Lazarus'un çok boyutlu terapisi (Lazarus, 1997), diyalektik davranış terapisi (Linehan, 2015; Linehan, Heard ve Armstrong, 1993), Donald Meichenbaum'un bilişsel davranış değiştirme terapisi (Meichenbaum, 1977), kabul ve kararlılık terapisi (ACT) (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl ve Wilson, 2012), farkındalık temelli bilişsel terapi (Segal, Williams ve Teasdale, 2013), farkındalık temelli stres azaltma programı (Kabat-Zinn, 2003, 2013), bütünleştirici duygu düzenleme terapisi (Mennin, 2004, 2006), işlevsel analitik psikoterapi (Kanter, Tsai ve Kohlenberg, 2010; Kohlenberg ve Tsai, 1994), metakognitif terapi (Wells, 2007; Wells ve King, 2006), bilişsel davranışçı analiz sistemi psikoterapisi (CBASP) (McCullough, 2000) bunlar arasında sayılabilir (Dobson ve Dozois, 2010).

#### **2. 1. 4. 1. Bilişsel (Kognitif) Model**

Genel bilişsel model, tetikleyici bir olayın gerçekleşmesiyle başlayan bir döngüye vurgu yapar. Olayla birlikte bireyin zihninde genellikle kendiliğinden, otomatik ve fark edilmesi zor düşünce dizgeleri oluşur. Bu düşüncelerin akabinde duygusal tepki; sonrasında ise düşünce ve duyguya dayalı olarak davranışsal tepki oluşur. Ortaya çıkan davranış, aynı zamanda kendi başına otomatik bir düşünceyi tetikleyen bir olay da olabilir; bu olay, duygusal ve davranışsal tepki tarafından takip edilerek döngüsel süreç devam eder. Bu sürecin farkında olmayan birey, tetikleyici veya döngüyü başlatan olayın duyguya yol açtığını düşünür. Dolayısıyla duruma karşılık gelen tepkilerini değiştirmede veya kontrol altına almada kendini çaresiz veya işlevsiz hissedebilir. Birey tetikleyici olay ve sonuçlar arasında kontrol edebileceği ve değiştirebileceği "bilgi" faktörünün farkında değildir. Dolayısıyla döngünün değiştirilmesi ve kırılması için sürecin anlaşılması gerekir. Birey bu süreci anladığında, duygusal ve davranışsal tepkilerini de belirleme fırsatına sahip olur ve elde edeceği sonuçları değiştirebilme seçeneği olur (Creed vd., 2014, s. 8). Yani değişimin sağlanması, bireyin bilişlerini değiştirmesiyle mümkündür (Türkçapar, 2011).

Bilişsel kuram, kognitif yapıyı kavramlaştırırken otomatik düşünceler, ara inançlar ve kurallar ve temel inançlar olarak adlandırılan üçlü bir yapıya dikkat çeker. Otomatik düşünceler bireyin biliş dünyasında en yüzeyde yer alır ve bu bilişlere ulaşmak diğerlerine nazaran daha kolaydır. Dolayısıyla terapide bilişler çalışılırken buradan başlanılır. Otomatik düşünceler zihin akışı içerisinde yer alan genellikle duygusal sıkıntılarına eşlik eden duruma özgü sözel veya imgesel parçalardır (Wells, 1997). Mili saniyeler içerisinde kendiliğinden ve yönlendirilmemiş bir şekilde oluşan bu bilişler genellikle fark

edilmezler. Birey sadece eşlik eden yoğun duygusal tepkiyi fark eder (Türkçapar, 2011). Otomatik düşüncelerin altındaki katmanda bireyin ara inançları, kuralları ve sayılıtları yer alır (Butler, Fennell ve Hackmann, 2010; Scott ve Freeman, 2010; Wills, 2009). Temel inançlar ise en derinde yer alır ve bunları değiştirmek çok zordur. Beck, temel inançları çaresizlik, sevilme ve değersizlik olarak üç ana grupta toplamıştır (Beck ve Alford, 2009). Bireyin ara inançları ve varsayımları ile otomatik düşünceleri kaynağını en derindeki bu kök inançlarından alır. Otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel inançların içeriğine yönelik üç olasılık vardır: (1) doğru ve yararlıdır, (2) doğru ancak yararlı değildir, ya da (3) yanlıştır. Yararlı temel inançları geliştirip güçlendirmek ve yararlı olmayan inançları azaltmak ve değiştirmek bilişsel terapinin hedeflerindedir (Creed vd., 2014, s. 35).

#### **2. 1. 4. 1. 1. Beck'in Bilişsel (Kognitif) Modeli**

Beck, bilişsel modeli depresyonlu hastalarla yürüttüğü çalışmalar sonucunda geliştirmiştir. Beck, depresyonlu bireylerin ve obsesif-kompulsif bozukluğu olan bireylerin ruhsal alt yapısını bilişsel üçlü, bilişsel hatalar ve bilişsel şemalar olmak üzere üç kategoriye ayırıp incelemiştir (Köknel, 2013). Bilişsel üçlü adını verdiği yapıda bireyin (1) kendine yönelik olumsuz değerlendirmeleri, (2) çevresine ve yaşamına yönelik olumsuz değerlendirmeleri, (3) geleceğe yönelik olumsuz değerlendirmeleri olmak üzere üç alan vardır (Beck, 2008; Beck vd., 1979). Bireyin bu üç alana yönelik beklentileri ve değerlendirmeleri; karamsar, negatif, işlev bozucu, öz-tahrip edici ve engelleyici niteliktedir. Bilişsel hatalar, bilginin hatalı işlenmesi sonucunda oluşan sistematik ve süreğenlik gösteren mantık hatalarıdır. Duruma uygun olmayan ve duygusal sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelere yol açarlar (Türkçapar, 2011). Bilişsel şemalar ise erken yaşlardaki deneyim ve önemli kişilerle olan etkileşimler sonucunda oluşan, katı, sert, sınırlı, değişmeye karşı dirençli yapılardır. Şemalar, bireyin dışarıdan gelen bilgiyi işleme almasını ve deneyimlerini anlamlı bir şekilde yorumlamasını sağlar. Psikopatoloji belirtileri (duygular, bilişler ve davranışlar), patolojik şemalar stres verici olaylar tarafından aktive edildiği zaman ortaya çıkar (Persons, 2008). Şemalar bireyin düşüncelerini, duygularını, davranışlarını, algı ve belleğini ve uyum davranışlarını etkiler (Corey, 2008). Bilişsel şemalar, bireyin nesne ve olaylar hakkında etiketlemeler, sınıflandırmalar, yorumlamalar, değerlendirmeler ve anlamlandırmalar yapmasına kaynaklık eder (Beck ve Emery, 2011, s. 116).

Bireyin hatalı ya da çarpık bir şekilde yaptığı yargılamalar, bilinçli olarak yapmadığı kökleşmiş bir alışkanlık olduğu için bu hatalı değerlendirme sürecini değiştirmek için

birtakım işlemlerin takip edilmesi gerekir. Öncelikle bireyin düşüncelerinin farkında olması gerekir. İkinci aşamada, çarpık ve işlevselliğini bozan düşüncelerini fark etmelidir. Sonraki aşamada hatalı yargılamalarını doğru ve gerçekçi olanlarla değiştirmelidir. Son aşamada da düşünce içeriklerinde yaptığı değişikliklerin geçerlilikleri konusunda kendine geribildirim vermelidir (Beck, 2008, s. 210; Beck vd., 1993).

Bilişsel terapide, danışana genellikle bir bilim adamı rolü verilir. Çözumsuz gördüğü problemlere kişisel repertuarında yer alan eskiden kazanmış olduğu yöntemlerle karşı koyması sağlanır. Danışanın süreçte aktif katılımı esastır. Bilişsel terapide bireyin sağduyusu oldukça önemlidir. Doğuştan getirdiği bu özelliği sayesinde birey, zorlayıcı durumlar karşısında uyum sağlar, çözüm üretir ve başa çıkma davranışları sergiler. Kişi, zihnini kurcalayan ve kendisini rahatsız eden olayları ve koşulları tanımlamaya çalışırken de sağduyusunu kullanır. Bu durum, sorunlarını gidermeye dönük önlemler alabilmesi için ona yardımcı olur (Beck, 2008). Bazen bireyin sağduyusu, karşılaştığı problemleri tanımlamak ve bu problemlerin üstesinden gelmekte yetersiz kalır. Bunun sonucunda da psikolojik problemler ortaya çıkar. İşte bu noktada devreye bilişsel terapi girer.

#### **2. 1. 4. 1. 2. Ellis'in Modeli**

1955'in başlarında hümanistik, felsefi ve davranışçı terapileri birleştirerek akılcı duygusal terapiyi (daha sonra akılcı-duygusal davranışçı terapi (ADDT) adını almıştır) oluşturan Albert Ellis, bilişsel-davranışçı terapinin önemli isimlerindedir. Ellis'e göre bireyin duyguları önemli ölçüde inançları, yorumlamaları ve yaşamdaki tepkileri tarafından kontrol edilir. Birey hem akılcı ve mantıklı hem de akılcı olmayan ve hatalı düşünme potansiyeliyle dünyaya gelir. Kendini suçlayıcı içsel konuşmalar, zorunluluk belirten bakış açısı ve abartılı düşünceleri bireyin duygusal rahatsızlıklar yaşamasına ve işlevsel olmayan davranışlar sergilemesine neden olur (Corey, 2008).

Ellis'in teorisi, Beck'in teorisinden önce gelişmiştir. Hatalı ve mantıksız düşünceleri nedeniyle duygusal problemler yaşayan birey, bu düşüncelerini değiştirdiğinde duygusal olarak da rahatlama yaşayacaktır (Persons, 2008, s. 35). Ellis'in ABC teorisiyle, BDT 1970'lerden itibaren önemli bir gelişme kaydetmiştir. ABC teorisinde A: aktive edici/tetikleyici olaylar, B: bu olaylar hakkındaki inançlar, C: bu inançların duygusal ve davranışsal sonuçlarını ifade etmektedir. ADDT bireyin kişiliği ve rahatsızlıklarının ABC'sine yönelik karmaşık, etkileşimsel ve bütüncül bir bakış açısına sahiptir (Ellis, 1991, 1994). ADDT'nin çekirdeğindeki ABC modeli, aşırı düzeyde irrasyonel düşüncelere sahip bireylerin günlük stresörler veya karmaşalar karşısında daha problemler verdiklerini ve daha fazla sorun yaşadıklarını öngörmektedir. Bu durum araştırmalarla da

desteklenmektedir (Ziegler ve Leslie, 2003). ADDT'ye göre bireyler önemli yaşam hedeflerine sahip olduklarında ve bu hedefler için aktif bir şekilde çaba gösterip hedeflerini elde ettiklerinde çok mutlu olurlar. İnsanlar hedefe-odaklı olma eğiliminde oldukları için, ADDT'te "rasyonel" olmak bireye temel amaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirmek için yardımcı olurken; "irrasyonel" olmak bu hedeflerine ulaşmasından onu alıkoyar (Ellis ve Dryden, 1997).

### **2. 1. 4. 1. 3. Beck ve Ellis Arasındaki Benzerlikler ve Farklılıklar**

Beck'in bilişsel davranışçı terapisiyle Ellis'in ADDT'si, temel teorik ve pratik uygulamalarında pek çok açıdan birbirine benzemektedir (Ellis, 2003b). BDT ve ADDT, arasındaki benzerlikler şu şekilde sıralanabilir: Her iki terapi yöntemi de çeşitli psikiyatrik ve psikolojik bozuklukların tedavisinde (ör. depresyon, anksiyete, fobiler, ağrı bozuklukları gibi) aktif, yol gösterici ve yapılandırılmış bir yaklaşım sunar. Şimdi ve buradaki problemlere odaklanma ve iş birliğine dayalı terapötik ilişki her iki yaklaşım için de önemlidir (Beck vd., 1979). Hem BDT hem de ADDT danışanın, işlevsel olmayan olumsuz düşüncelerini ve uyum bozucu inançlarını tanımayı ve işlevsel olanlarla değiştirmeyi hedefleyen iç görü yönelimli yaklaşımlardır (Corey, 2008, s. 311). Psikanalitik temelli bir eğitim almış olması dolayısıyla her iki kuramcı da aynı teorik geçmişi paylaşmaktadır (Knapp ve Beck, 2008).

Beck ve Ellis'in yaklaşımı arasındaki farklılıklara değinilecek olursa; ADDT'de terapist çoğunlukla yüzleştirici, yönlendirici, ikna edici ve öğretici bir role sahiptir. BT'de ise danışanın çarpık algılamalarını ve hatalı yorumlamalarını keşfetmesi oldukça önemlidir. Bilişsel terapist sokratik sorgulamalar ve açık uçlu sorularla danışana kendini keşif sürecinde yardımcı olur. Böylece danışanın işlevsiz düşünceleri, çarpık algılamalarını ve hatalı yorumlamalarını terapist ve danışan birlikte öğrenmiş olur. İşbirlikçi ampirizm bilişsel terapide önemlidir ve bu terapi ADDT'den daha çok yapılandırılmıştır. Ellis, danışanlarla sıcak bir ilişki kurulmasının gerekli olmadığını belirtirken; Beck, içten, sıcak, güvene dayalı olan ve empatik tutumun benimsendiği teröpatik bir ilişkinin çok önemli olduğunu vurgular (Corey, 2008, s. 314-315). BDT'deki bu teröpatik ilişki danışanın değişim konusundaki motivasyonunun artmasına katkı sağlar ve terapistiyle iş birliği geliştirmesini teşvik eder. Padesky ve Beck'e (2003) göre BDT ampirik temelli bir terapiyken ADDT felsefi temellidir. ADDT, nevrotik bozuklukların ve ciddi düzeydeki kişilik bozukluklarının tedavisinde büyük oranda felsefi, varoluşsal ve hümanistik temelleri baz alırken; BDT, deneysel çalışmaların sonuçlarını temel almaktadır. Fakat her iki yaklaşım da teorilerini oluşturmak ve doğrulamak için ampirik ve felsefi çalışmaların sonuçlarından yararlanmaktadır (Ellis,

2003b). Ellis ve Beck'in insan doğasına yönelik görüşleri arasında da fark vardır. Ellis, bireyin hem rasyonel ve mantıklı hem de irrasyonel ve hatalı düşünme eğilimiyle dünyaya geldiğini öne sürerken (Corey, 2008, s. 299); Beck bireyin problemlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olacak, doğru ve yanlış ayırt etmesine katkı sağlayacak sağduyuya sahip olarak doğduğunu ifade eder (Beck, 2008).

#### **2. 1. 4. 2. Bilişsel-Davranışçı Model**

BDT'deki biliş kavramı, müdahalede düşüncelerin temel alındığını belirtir. Fakat bu BDT'nin sadece bilişsel değişimle sınırlı olduğu anlamına gelmez. Terapist, danışanın duygularına bilişleri aracılığıyla ulaşır. BDT'de danışanın duygusal ve davranışsal tepkileri de incelenir. Psikolojik problemler düşünce, duygu ve davranış boyutlarında ele alınır (Hoffmann ve Dibartolo, 2007, s. 91). BDT'nin temel varsayımı düşüncelerin duygu, davranış ve fizyolojiyi doğrudan etkilediğidir. Otomatik düşünceler, olumlu veya olumsuz, akılcı veya mantıksız olabilir. Bireyler, ara ve çekirdek inançlarını zaman içerisinde ve deneyimlerine dayalı olarak geliştirirler. İrrasyonel otomatik düşünceleri rasyonel olanlarla değiştirmek, psikolojik rahatsızlıkların belirtilerinde iyileşmeye yol açarken; ara ve çekirdek inançların işlevsel olanlarla değiştirilmesi daha kalıcı gelişmeler sağlar (Sudak, 2006). Bireyin belirli bir andaki aktif şemaları ve kullandığı başa çıkma stratejileri biraraya gelerek modları oluşturur. Bilişsel, duygusal, motivasyonel ve davranışsal şemaların ağı olan modlar işlevsel olabileceği gibi işlevsiz de olabilir. İşlevsel olmayan modlara müdahalede üç temel yaklaşım kullanılır: (1) işlevsel olmayan modu etkisiz hale getirmek, (2) işlevsel olmayan modun içeriğini ve yapısını değiştirmek ve (3) işlevsel olmayan modu etkisiz hale getirmek için daha uyumlu modlar inşa etmek. Müdahalede birinci ve üçüncü yaklaşım eşzamanlı olarak gerçekleştirilir. Kalıcı değişimler için ise temel inançların değiştirilmesi gerekmektedir (Beck ve Weishaar, 2011).

#### **2. 1. 4. 2. 1. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Gelişim Süreci**

BDT'nin temel içeriği 1960'larda Aaron T. Beck ve Albert Ellis tarafından depresyonlu hastalarla yürüttükleri çalışmalar sonucunda tanımlanmıştır. BDT'nin problemlerin çözümüne yönelik pratikliği ve etkililiği araştırmacıları ve uygulayıcıları, bu müdahale yöntemini anksiyete bozuklukları (Barrett, Duffy, Dadds ve Rapee, 2001; Hofmann ve Smits, 2008; In-Albon ve Schneider, 2007; Kodal vd., 2018; Norton ve Price, 2007; Oakley ve Padesky, 1990; Otte, 2011; Otto, Smits ve Reese, 2004; Stewart ve Chambless, 2009), hipokondriyazis (Hedman vd., 2010; Olatunji vd., 2014; Weck, Gropalis, Hiller ve Bleichhardt, 2015), yeme bozuklukları (Cooper ve Shafran, 2008;

Fairburn ve Harrison, 2003), TSSB (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus ve Fennell, 2005; McGovern vd., 2009), OKB (Olatunji, Davis, Powers ve Smits, 2013; Warren ve Thomas, 2001) gibi diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisinde de kullanmaya sevk etmiştir (Sudak, 2006). Bilişsel psikoterapiler duyu, algı ve bilişten oluşan bilgi işleme modeline dayanır. Bilişsel kuram, bilişsel psikolojinin temel ilkeleri baz alınarak geliştirilmiştir. Duygusal bozukluklar tipik olarak korku, üzüntü, öfke ve yoğun stres gibi olumsuz duygusal tepkilerle ilişkilidir. BDT'nin amacı bu duyguları ortadan kaldırmak veya düzenlemek değil; bireyin karşılaştığı olay/durumlara ilişkin daha gerçekçi ve doğru değerlendirmeler yapabilmesini sağlamaktır (Hofman vd., 2013).

## **2. 1. 4. 2. 2. Bilişsel Terapi ile Davranışçı Terapinin Birleşmesi**

Davranışçılık 1960'lı yıllarda insanın ruhsal yapısını açıklayan alternatif bir akım olarak ön plana çıkmaya başlamıştır. İnsan davranışlarını açıklamada bilimsel ilkeleri temel almış olan bu yaklaşım içsel yaşantılardan ziyade gözlenebilen ve ölçülebilen davranışları konu edinmiştir. Bilinç, bilinçdışı, biliş, duyu gibi kavramları vurgulayan yaklaşımların aksine organizmanın davranışlar ve fizyolojik tepkilerden ibaret olduğunu savunmuştur. Laboratuvar ortamında yapılan çalışmalar da bu argümanı temel alarak dizayn edilmiştir. Koşullanma, pekiştirme, ödül, ceza, uyarıcı, tepki, alışma, sönme, genelleme gibi kavramların davranışçı kuramın terminolojisinde ön plana çıktığı görülür. Fakat maruz kaldıkları uyarıcılar ve buldukları ortamın koşulları aynı olmasına rağmen bireylerin neden farklı tepkiler verdiğini açıklamada bu kuram yetersiz kalmıştır (Türkçapar, 2011, s. 43). Davranışçı müdahalelerin temel hedefi gözlenebilen davranışları düzeltmek olduğu için davranış oluşumunu belirleyen zihinsel süreçler, dinamik çatışmalar ve/veya varoluşsal kaygılar tedavi ilkeleri açısından görmezden gelinir (Özakkaş, 2017, s. 196).

Bilişsel terapi ise duygusal ve davranışsal tepkileri açıklamada düşünce, inançlar, bilgi işleme süreci gibi içsel süreçleri vurgular. Bireylerin düşünceleri değiştiğinde, duyu ve davranışlarında değişikliklerin gözlendiğini ifade eder. Bilişsel modelin temelinde bilişlerin duyu ve davranışları nedensel olarak etkilediği düşüncesi yatar. İşlevsiz düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar ise psikopatolojinin sürdürülmesine neden olur. Göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta ise duygular ve bilişler arasındaki ilişkilerin iki yönlü olduğudur. Çünkü duygulardaki değişiklik bilişlerde de değişikliğe yol açar (Hofmann vd., 2013). Biliş, duyu ve davranış üçlüsüne bütünsel olarak bakıldığında ise bu faktörlerin birbirlerini karşılıklı olarak etkiledikleri görülür (Creed vd., 2014).

BT, çeşitli davranışçı tekniklerle yaklaşımının etkililiğini daha da arttırmıştır. Davranış terapisinin benimsediği bilimsel yaklaşım, BT'de yer alan çeşitli terapötik prosedür ve stratejilere katkı sağlamıştır. Bu terapötik faktörlere oturumların yapısı, terapistin aktifliği, terapi hedeflerinin belirlenmesi, her oturumun başında gündemin belirlenmesi, formülasyon, hipotezlerin test edilmesi, geribildirimlerin verilmesi, problem çözme tekniklerinin kullanılması, sosyal beceri eğitimi, oturumlar arası verilen ev ödevleri ve davranışsal deneyler, aracı değişkenlerin belirlenmesi ve sonuçların ölçülmesi örnek verilebilir (Knapp ve Beck, 2008).

### **2. 1. 4. 2. 3. Bilişsel-Davranışçı Terapideki Temel Kavramlar**

BDT'deki temel kavramlar genel olarak şu şekilde sıralanabilir: biliş, bilişsel süreçler, bilişsel model, bilgi işleme süreci, algı, bilişsel uyumsuzluk, bilişsel yanlılık, bilişsel zayıflık, bilişsel çarpıtma, bilişsel değerlendirme, bilişsel model, otomatik düşünce, inanç, şema, mod, işlevsel olmayan düşünce (Murdock, 2014; Türkçapar, 2011).

### **2. 1. 4. 2. 4. Bilişsel-Davranışçı Terapi Süreci**

Bilişsel-davranışçı müdahale, danışanla ilişkinin kurulması ve danışana BDT'ye yönelik eğitim verilmesi ile başlar. Değerlendirmeden sonraki ilk birkaç oturumda, terapistin danışanın problemine yönelik kavramsal bir model sunmasıyla bilişsel modele yönelik eğitim süreci başlamış olur. Terapist, ilk oturumların çoğunda bilişsel terapisinin doğasını açıklar. Danışanın beklentilerini ve motivasyon düzeyini öğrenir. Danışanla, problemlerinin nasıl çözülebileceği ve terapi sürecinin nasıl olması gerektiği konusunda tartışır. Terapisinin doğasıyla ilgili bu tartışma, danışanla teröpatik ilişkinin kurulması ve danışanın aktif bir katılım tarzı benimsemesi açısından önemlidir (Sudak, 2006). Danışana spesifik öğrenme deneyimleri sunan psiko-eğitimsel nitelikteki bu yaklaşımla danışan (1) olumsuz otomatik düşüncelerini (bilişler) izlemeyi öğrenir. (2) biliş, duygu ve davranış arasındaki bağlantıyı anlar. (3) çarpık otomatik düşüncelerine karşı kanıtları inceler. (4) önyargılı bilişlerini daha gerçekçi yorumlamalarla değiştirir. (5) deneyimlerini, karşılaştığı olay ve durumları çarpık algılamasına yol açan fonksiyonel olmayan inançlarını tanımayı ve işlevsel olanlarla değiştirmeyi öğrenir (Beck vd., 1979). BDT'nin temel ilkeleri ise şu şekilde sıralanabilir (Beck, 2014, s. 7-10):

1. BDT, danışanın problemlerinin formülasyonu üzerine temellendirilir. Vaka formülasyonunda danışanın sorunları bilişsel terimlerle formüle edilir.
2. BDT'de sağlam bir teröpatik ittifak geliştirilmesi önemli ve gereklidir.
3. İş birliği ve danışanın aktif katılımı BDT'nin vurguladığı noktalardan biridir.



4. BDT, amaca dönük ve problem odaklı bir yaklaşımdır.
5. BDT'de başlangıçta şimdi ve burada vurgulanır.
6. BDT, psikoeğitimsel niteliktedir. Danışanlara zamanla kendi kendilerinin terapisti olmaları öğretilir ve nüksü önlemek hedeflenir.
7. BDT, zaman sınırı olan bir yaklaşımdır.
8. BDT, yapılandırılmış seanslardan oluşur.
9. BDT'de, danışanlara işlev bozucu düşünce ve inançlarını belirlemek, değerlendirmek ve onlara tepki vermek öğretilir.
10. BDT'de, düşünce, duygu durumu ve davranışın değiştirilmesi için çeşitli teknikler kullanılır.

#### **2. 1. 4. 2. 5. Klinik İlk Değerlendirme**

Bilişsel-davranışçı değerlendirmenin temel amacı, vaka formülasyonunun yapılması ve müdahale planının oluşturulmasıdır. BDT'de klinik ilk değerlendirme sadece ilk seansla sınırlı kalmayabilir, bazı durumlarda iki ya da üç seans da sürebilir. BD değerlendirme müdahale planının dayanak noktasını oluşturduğu için bu basamağa gerekli zamanın verilmesi önemlidir. Değerlendirmenin büyük bir bölümünü sorunun tanımlanması, gelişimi, gidişatı, duygusal/davranışsal/bilişsel/durumsal/kişilerarası/fizyolojik etkileri, kullanılan başa çıkma stratejileri, danışanın tıbbi öyküsü, müdahale geçmişi gibi davranışsal görüşme aşamaları oluşturur. Müdahale sürecinin başlangıç aşamasında kapsamlı bir değerlendirmenin yapılması oldukça önemli olmakla birlikte, değerlendirme BD müdahale süreci boyunca da devam eder (Savaşır, 2009). Süreç içerisinde yapılan değerlendirmeler, amaçların revize edilmesine ve müdahale planına işlevsel olabilecek stratejilerin eklenmesine katkı sağlar.

#### **2. 1. 4. 2. 6. Vaka Formülasyonu**

Bireysel vaka kavramsallaştırması, BDT'nin kritik bir bileşenidir. Vaka kavramsallaştırmasında terapist, danışana ait belirli düşünce, duygu ve davranış örneklerini inceler. Sonraki aşamada bu örnekleri danışanın gelişimsel geçmişi, mevcut durumu ve psikolojik probleminin bilişsel modeli ile sentezleyen örüntüleri tanımlar (Sudak, 2006, s. 29). BDT'de çeşitli bozuklukların formülasyonları incelendiğinde, her bir bozukluğa özgü olan birtakım bilişsel örüntüler, şemalar ve hatalı bilgi işleme süreçlerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Beck ve Haigh, 2014; Ellis vd., 2009). Anksiyeteli bireylerin formülasyonlarında korunmasızlık temasının baskın olduğu göze çarpmaktadır. Formülasyon semptom, bozukluk veya problem ve vaka düzeyi olmak

üzere birkaç düzeyde yapılır. Bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu; bireyin problemlerine neden olan ve bu problemlerin sürdürülmesini sağlayan mekanizmaları, problemliliğe yol açan bu mekanizmaları aktive eden hızlandırıcıları ortaya koyan hipotezdir. Bireyin problemleri arasındaki ilişkileri de betimleyen formülasyon; bir vakanın kökenler, mekanizmalar, hızlandırıcılar ve problemler gibi öğelerinin bir bütün olarak anlaşılmasına katkı sağlar (Eells, 2009).

#### **2. 1. 4. 2. 7. Bilişsel-Davranışçı Terapistin Özellikleri**

Bilişsel-davranışçı terapistin BDT'nin teorisini anlaması çok önemlidir ve bu iki açıdan gereklidir. Birincisi, teori danışanların problemlerine yönelik değerlendirme, formülasyon ve müdahale sürecinde terapistte rehberlik eder. İkinci nokta ise, danışan problemine yönelik zihninde birtakım teorilere sahiptir ve terapinin amaçlarından biri de danışanın problemine yönelik yeni bir bakış açısı ve anlayış geliştirmesini sağlamaktır. Bu yeni bakış açısı ve anlayış ise BDT'ye dayalı olacaktır (Trower, 2012). Bilişsel terapist, danışanın psikolojik problemlerine ilişkin daha gerçekçi ve uyum sağlayıcı bir şekilde düşünmesi ve davranması için danışana yardım eder. Böylece danışanın psikolojik semptomlarında azalmalar gözlenir (Beck vd., 1979). BD terapist danışanın sözel ve sözel olmayan mesajlarına karşı da duyarlıdır (Sudak, 2006). Terapist bilinçdışı materyale ilişkin yorumlamalar yapmaz. Mevcut gözlemleri netleştirmek dışında çocukluk deneyimlerine çok az ilgi gösterir (Beck vd., 1979).

#### **2. 1. 4. 2. 8. Terapist-Danışan İlişkisi**

BDT, terapistin merkezde olduğu bir müdahale değildir; terapist ve danışanın birlikte yürüttüğü bir müdahaledir. Terapistin, müdahale sürecinde empati ve saygıya dayalı destekleyici bir tutum benimsemesi oldukça önemlidir (Dobson, 2010). Etkili bir BDT, öncelikle iyi bir teröpatik iş birliğini gerektirir. İş birliği, danışanların kendileri ve diğerleri hakkında daha pozitif bir bakış açısı geliştirmelerinde ve kişilerarası problemlerin çözülebileceğini öğrenmelerinde yardımcı olacak bir araçtır (J. S. Beck, 2005). İş birliğine dayalı bu ilişki, bireyin işlevsel olmayan yorumlamalarının keşfedilmesi ve değiştirilmesinde de önemli bir yere sahiptir (Beck ve Weishaar, 2011). Terapist, danışanın hayatını etkileyen sorunları belirlemesine yardımcı olur ve danışanın neden bu problemleri kendi başına çözemediğine dair hipotezler oluşturur. Bilişsel-davranışçı terapistler, esnek ve hedefe yönelik olmalıdır. Terapist, müdahale sürecinin başında danışanla beraber mümkün olduğunca spesifik ve ölçülebilir hedefler belirler. Belirlenen bu hedeflerin davranışsal terimlerle ifade edilmesi önemlidir. Hedeflere yönelik liste

oluşturulduktan sonra, problem durumları öncelik sırasına konular ve danışan ile birlikte problem çözme süreci başlatılır. Tanımlanan amaçlar danışan ve terapist tarafından müdahaleyi yönlendirmek ve süreçteki ilerlemeyi değerlendirmek amacıyla kullanılır (Sudak, 2006). Müdahale sürecinde danışanın kişisel çıkarsamalarını sürekli değerlendirerek gerçekliği test etme becerisini geliştirmesi önemlidir ve terapist bu konuda danışana yardım eder. Buradaki önemli amaç, bireyin bilgi işleme sürecinde daha tarafsız olmasını sağlamaktır. Böylece olay veya durumlara ilişkin bilişsel değerlendirmeleri daha dengeli olacaktır (Beck ve Weishaar, 2011).

#### 2. 1. 4. 2. 9. Bilişsel Çarpıtmalar

Bilişsel terapi anksiyete, depresyon ve öfke gibi durumların bilişsel çarpıtmaların tekrarlayan örüntüleri sonucunda ortaya çıktığını öne sürer (Leahy, 2008). Sistemik bilişsel çarpıtmalar (ör. felaketleştirme, duygusal akıl yürütme, seçici soyutlama) işlevsel olmayan şemalar etkinleştirdiğinde ortaya çıkar. Bireyler duygusal acılarını o an için hafifleten bilişsel ve duygusal manevraları içeren geçici başa çıkma stratejileri kullanabilirler. Fakat uzun vadede, bu başa çıkma stratejileri işlevsiz inançları pekiştirir ve kötüleştirir (Knapp ve Beck, 2008). BD müdahalede, danışanın işlevselliğini azaltan bilişsel çarpıtmalarına yönelik farkındalık kazanması ve daha rasyonel değerlendirmeler içeren düşünce örüntüleri geliştirmesi önemlidir. Aşağıda bazı bilişsel çarpıtmalar listelenmiştir (Leahy, 2008, s. 26; Stewart, Christner ve Freeman, 2007):

- ✓ *Zihin okuma (Mind reading)*: Yeterli kanıt olmaksızın ve olası hipotezleri dikkate almaksızın diğer insanların ne düşündüğünü bildiğini varsayma
- ✓ *Geleceği okuma (Fortune telling)*: Geleceğe ilişkin kehanetlerde bulunma
- ✓ *Felaketleştirme (Catastrophizing)*: Bireyin kaldıramayacağı düzeyde korkunç şeyler yaşadığına/yaşayacağına inanması
- ✓ *Etiketleme (Labeling)*: Bireyin kendine, başkalarına veya olaylara ilişkin katı bir şekilde olumsuz yüklemeler yapması ve bunu yaparken belirli davranış ve durumları seçmeksizin bütün olarak etiketleme yapması
- ✓ *Olumluyu yok sayma (Discounting positives)*: Bireyin kendisi veya diğerlerinin başarılarını önemsiz görmesi
- ✓ *Olumsuz süzgeç (Negative filtering)*: Durumun sadece olumsuz yönüne odaklanıp olumlu olan taraflarını görmezden gelmek
- ✓ *Aşırı genelleme (Overgeneralizing)*: Tek bir olumsuz olayı genelleştirerek bütün olayları olumsuz algılama

- ✓ *İki kutuplu düşünme/hep ya da hiç (Dichotomous thinking)*: Olayları hep ya da hiç/siyah ya da beyaz şeklinde iki kategori içerisinde değerlendirme
- ✓ *Dayatmalar/-meli, -malı (Shoulds)*: Olayların ne olduğundan ziyade nasıl olması gerektiği odaklanıp yorumlamaların bu çerçevede yapılması
- ✓ *Kişiselleştirme (Personalizing)*: Karşılaştığı olumsuz olaylara ilişkin bireyin kendisine yaptığı gerçekçi değerlendirmelere dayanmayan yüklemeleri
- ✓ *Suçlama (Blaming)*: Bireyin olumsuz duygularının kaynağı olarak diğer insanları dayanak seçmesi ve bireysel sorumluluk almaması
- ✓ *Haksız kıyaslama (unfair comparisons)*: Bireyin olay/durumları gerçekçi olmayan standartları baz alarak yorumlaması ve karşılaştırmalarını adil bir referans noktasına göre yapmaması
- ✓ *Pişmanlık eğilimi (Regret orientation)*: Bireyin şimdi ve buradadan ziyade geçmişte yaptıklarına takılıp kalması
- ✓ *Ya olursa? (What if?)*: Olacak şeylere ilişkin "ya olursa" tarzında ve olumsuz beklentileri içeren sorularla bireyin zihninin meşgul olması
- ✓ *Duygusal çıkarsama (Emotional reasoning)*: Bireyin yorumlamalarını duygularını referans alarak yapması
- ✓ *Yanlışlanamaz hale getirme (Inability to disconfirm)*: Bireyin olumsuz düşüncelerine ters düşecek iddia veya kanıtları reddetmesi
- ✓ *Yargılamaya odaklanma (Judgement focus)*: Bireyin kendisine, başkalarına veya olaylara ilişkin keyfi standartlara göre yargılamalar yapması; olay/durumları tanımlamaya veya anlamaya çalışmaması

#### **2. 1. 4. 2. 10. Bilişsel-Davranışçı Terapi Modelinde Kullanılan Teknikler**

BDT'de belirli terapötik tekniklerden psikolojik problemin bilişsel modeli çerçevesinde yararlanır. Eğer bilişsel teorinin mantığı anlaşılmalıysa teknikler etkili bir şekilde uygulanamaz. Teröpatik teknikler, bilişlerin altında yatan işlevsel olmayan inançları ve çarpık kavramsallaştırmaları tanımlamak, gerçekliklerini test etmek ve rasyonel olanlarla değiştirmek için kullanılır (Beck vd., 1979). BDT, olay/durumların rasyonel ve gerçekçi bir şekilde yorumlanması amacını paylaşan kompleks bir teknik koleksiyonuna sahiptir. Tipik olarak terapi; sırasıyla davranışlara, otomatik düşüncelere ve temel varsayımlara odaklanan bir dizi tekniği içerir (Rehm, 1990).

## **2. 1. 4. 2. 10. 1. Bilişsel Teknikler**

Bilişsel terapide kullanılan teknikler, öncelikle bilgi işlemedeki hataları ve önyargıları düzeltmeyi, hatalı sonuçlara yol açan çekirdek inançları değiştirmeyi amaçlamaktadır. Danışanın inançlarının belirlenmesi, test edilmesi, köklerinin ve temellerinin keşfedilmesi, başarısızlığa yol açan noktalarının düzeltilmesi ve problem çözme üzerine odaklanır. Terapide, danışanın işlevsel olmayan inançlarının kendisini nasıl etkilediğini anlaması önemlidir (Beck ve Weishaar, 2011). Bilişsel tekniklerin amacı bireylere pozitif bir bakış açısı kazandırmaktan ziyade daha gerçekçi bir bakış açısı kazandırmaktır (Hofmann vd., 2013). BDT'ye göre olayların sadece olumlu yanlarını odaklanmak başka bir ifadeyle polyannacılık gerçekçi bir değerlendirme değildir.

Beck'in bilişsel modeline göre, her psikiyatrik bozukluğu bilişsel içerik açısından diğerlerinden farklılaştıran bir yapı vardır. Terapide, bireyin psikopatoloji sergilemesine yol açan bilişsel çarpıtmaları, önyargıları ve erken yaşam dönemlerinden itibaren geliştirdiği bilişsel şemaları tanımlanarak değiştirilmeye çalışılır (Leahy, 2007; Padesky, 1994). Danışma sürecinde danışanın anksiyete veya olumsuz duygulanım yaşamasına yol açan temel varsayımları, kuralları, ara inançları ve değerleri açığa çıkartılır. Bilişsel terapist bunu yaparken birtakım tekniklerden yararlanır. Sokratik sorgulama ve incelemelerle, danışanın da kendi düşünce örüntülerini ve problem yaratan bilişsel içeriklerini fark etmesine önem verilir. Bilişsel alanda denge, düzen ve uyum sağlamayı hedefleyen bilişsel terapi uygulama alanında; sağlıklı bir iletişime, anlamaya, çözmeye, yorumlamaya, açıklamaya, tartışmaya, ilkelerin, kuralların, varsayımların danışanla birlikte sınanmasına dayanır (Köknel, 2013, s. 285). Aşağıda BDT'de kullanılan bilişsel tekniklere ilişkin açıklamalara yer verilmektedir.

### **2. 1. 4. 2. 10. 1. 1. Sokratik Sorgulama**

Sokratik sorgulama, danışanların çarpık düşünce, algılama ve davranış biçimlerini keşfetmek, yorumlamalarını ve inançlarını yeniden yapılandırmak için kullanılır (Wells, 1997). Bilişsel terapi işlevsel inanç ve davranışların öğrenildiği bir süreci içerir. Fakat terapist bunun gerçekleşmesi için konferans veya vaaz vermez. Bunun yerine bilişsel terapist, danışanların temel inançlarını ve otomatik düşüncelerini ortaya çıkarmak, incelemek ve test etmek için sorular sorar, yansıtma yapar, özetlemeyi kullanır ve hipotezler kurar. Sokratik sorgulama sürecindeki aktif sorgulamalar ve seçici yansıtma düşünmeyi şekillendirir. Sokratik sorgulamanın amacı danışanın özerk bir şekilde ve rasyonel olarak öğrenmesini sağlamaktır (Beck vd., 1993, s. 136). Danışanın düşünce örüntülerinin ortaya çıkarılıp bu düşüncelerdeki uyumlu ve uyum bozucu içeriklerin

incelenmesine katkı sağlayan bu teknik (Beck ve Weishaar, 2011), biliş ve davranışı değiştirme sürecinde danışanın aktif olmasını gerektirir (Wells, 1997).

## 2. 1. 4. 2. 10. 1. 2. Otomatik Düşünceleri Sorgulama

Beck'in bilişsel modeline göre, bilişsel değerlendirmenin birçok katmanı vardır. Otomatik düşünceler ilk katmanda yer alır. Kendiliğinden ortaya çıkan bu düşünceler çok hızlı bir şekilde bireyin zihninden geçerler ve sorunlu davranış veya rahatsız edici duygularla ilişkilidirler. Otomatik düşünceler doğru veya yanlış olabilirler. Otomatik düşüncelerin altındaki katmanda sayılılar, kurallar ve ara inançlar yer alır. Eğer alt katmandaki sayılılar ve kurallar uyum bozucu ise tipik olarak katı, aşırı kapsayıcı ve erişilemez bir karakteristik gösterirler. Ayrıca depresif dönemler ve anksiyete nöbetleri için yatkınlığa neden olurlar (Leahy, 2008). En alt katmanda ise bireyin yaşamının erken dönemlerinde oluşan ve olayları/durumları algılama ve değerlendirme biçimini belirleyen şemaları yer alır. Bilişsel şemalar, kişilerin kendileri ve başkaları hakkındaki algılarını, amaç ve beklentilerini, anılarını, fantezilerini ve önceki öğrenmelerini içerir. Bunlar, kontrol edilemezlerse, bilgi işleme sürecini önemli derecede etkilerler (Beck ve Weishaar, 2011).

BDT'de, diğer katmanlara oranla bireyin farkındalık alanına daha yakın olan otomatik düşüncelerle çalışılmaya başlanır. Psikolojik problemliliği tetiklenmesi ve sürdürülmesinde etkili olan bu düşüncelerin ortaya çıkarılması müdahalede önemlidir (Savaşır, 2009). Otomatik düşünceler kişiye özeldir, mantıksal bir sıra izlemezler ve otomatik düşünce serisini başlatmak için bireyin özel bir çaba göstermesine gerek yoktur. Tekrarlayıcı nitelikte olan otomatik düşünceler idiosenktratik (duruma veya kişiye özgü) bir içeriğe sahiptir. Bu düşünceler sözel veya imgesel formlarda olabilirler ve bireyin farkındalık alanının dışındadırlar. Danışanın ruhsal durumu iyileşmeye başladığında olumsuz otomatik düşünceleri azalırken, ruhsal durumu kötüleştiğinde bu düşünceler tekrar belirginleşir (Beck, 2008; Wells, 1997). Otomatik düşüncelerin, olumsuz etkileri açıkça ortaya çıktıktan sonra bile danışanlar bu düşünceleri oldukça inandırıcı bulmaya devam eder. Dolayısıyla terapistin bir sonraki görevi danışanların bu düşünceleri eleştirel bir biçimde incelemelerine yardım etmektir. Bu yönlendirilmiş/güdümlü keşif aracılığıyla yapılabilir (Freeman vd., 2004, s. 27).

Danışma sürecinde, problemler ve müdahalenin amaçları tanımlandıktan sonra, danışanın düşünceleri hakkında farkındalık geliştirmesi gerekir. Bunun için danışana sokratik yöntem çerçevesinde birtakım sorular sorulur, uyumsuz bilişlerini ve otomatik düşüncelerini tanımlamasına yardımcı olacak izleme formları verilir (Hofmann ve Dibartolo, 2007). Oturumlar arasında ev ödevi olarak verilen kendini izleme formları

aracılığıyla danışan, düşünce, duygu, davranışları arasındaki bağlantıya yönelik farkındalık geliştirir.

## **2. 1. 4. 2. 10. 1. 3. Otomatik Düşüncelere Meydan Okuma**

BDT'de danışanlar bir bilim adamı gibi irrasyonel düşüncelerini hipotezler şeklinde ele almaları hususunda teşvik edilirler. Danışan ve terapist bu düşünceleri destekleyen veya desteklemeyen kanıtları inceler ve tartışır. Terapist bu amaca hizmet edecek şekilde sokratik sorularını yapılandırır. Hem terapist hem de danışan aktif oldukları ve gerçekçi değerlendirmelere dayandırdıkları işbirlikçi ampimizm ile süreçte ilerler. Katastrofik ve uyum bozucu düşüncelere meydan okuma sürecinde danışan ve terapist "en kötü ne olabilir?" sorusunun cevabına ulaşana kadar danışanın biliş dünyasındaki düşünce ve imgeleme zincirini tanımlar (Hofmann ve Dibartolo, 2007). Danışanlara günlük hayatlarında otomatik düşünceleri tanımlama ve kaydetme yöntemleri öğretilerek bu düşünceleri çürütmelerine yardım edilir. Otomatik düşünceler gözden geçirildiğinde, temsil ettikleri varsayımlar daha net hale gelir ve BD terapist danışanı bu varsayımların rasyonelliğini incelemesi ve hatalı olanları değiştirmesi için teşvik eder (Rehm, 1990). Bu süreç aynı zamanda psikoeğitimsel bir nitelik de taşır. Çünkü olumsuz otomatik düşünceler tanımlandıkça, danışan biliş dünyasını öğrenir, kendisini psikolojik olarak güçsüzleştiren düşünce örüntülerine, kullandığı işlevsel olmayan başa çıkma mekanizmalarına ve elde ettiği sonuçları etkileyen davranış örüntülerine ilişkin iç görü ve farkındalık geliştirir.

Olumsuz düşüncelere meydan okuma sürecinde bireyin rasyonel tarafıyla irrasyonel tarafı karşılaştırılabilir. Bunun için seansta düşüncenin her iki tarafı danışan ve terapist tarafından rol oynamayla temsil edilir. Rol oynamanın başlangıcında danışan irrasyonel düşünce tarafını alırken terapist rasyonel düşünce tarafını alır. Daha sonra roller değiştirilir ve terapist olumsuz düşünce tarafını danışan da olumlu düşünce tarafını destekler. Böylece danışan kendisine fayda sağlayacak bazı düşünce sorgulama biçimlerini gözlemlene fırsatını yakalarken, terapist karşısındaki danışanın akılcı düşünceleriyle akılcı olmayan düşüncelerini belirleyebilme imkânını yakalar. Danışanın otomatik düşüncesinin doğru olduğu ve gerçekliği çarpıtmadığı durumlarda ise bu düşünceleri sorgulamak danışana müdahale sürecinde yeterli yardımı sağlamaz. Bu durumda ise terapist ve danışanın, davranışın nasıl değiştirilebileceğini ve daha iyi olabilecek alternatifleri tartışması problemin çözümüne önemli katkılar sağlar. Böylece danışan, işlevsel olmayan davranışlarını değiştirerek olumsuz düşüncelerini de değiştirmiş olur (Leahy, 2008). Danışan aynı davranış örüntülerinin aynı sonuçlara yol açtığını fark

ettiğinde, eğer farklı bir sonuç istiyorsa davranış örüntülerinde değişiklik yapması gerektiğini anlayacaktır. İşlevselliği düşüren döngünün kırılması için bu değişikliğin yapılması gereklidir.

#### **2. 1. 4. 2. 10. 1. 4. Bilişsel Yeniden Yapılandırma**

Bilişsel yeniden yapılandırmanın amacı, bireyin anksiyete yaratan inançlarını ve tehdiye ilişkin değerlendirmelerini değiştirmek diğer bir ifadeyle yeniden yapılandırmaktır (Clark ve Beck, 2010). Bilişler, iki temel yolla değişebilir. Birincisi, mantıksal temellerini sorgulama, karşıt argümanlar sunma veya bu bilişlerin asılsız olduğunu gösteren yaşantılar düzenleme yoluyla doğrudan değiştirilebilir. İkincisi, bireyler inançlarıyla uyum olmayan bilgi ve deneyimlerle karşı karşıya kaldıklarında değişikliğin oluşmasını engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılması yoluyla dolaylı olarak değiştirilebilirler. İkinci yaklaşımın başlangıç noktası, anormal bilişlerin neden değişime karşı çok dirençli olduğu ve normal inançları değiştiren bilgi ve deneyimlerle değiştirilmediği sorusudur (Gelder, 1997, s. 40). Danışanın korkulan durum, anksiyete belirtileri, anıları, düşünceleri ve imajları ile ilgili katastrofik bilişlerine, bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla meydan okunabilir. Danışanların korktukları durumlarla yüzleşebilmeleri için öncelikle bilişsel düzeyde, tehdiye ilişkin değerlendirmelerine meydan okumaları gerekir. Bilişsel yeniden yapılandırma ile danışan, çeşitli durumlardaki düşünce ve duygularına eleştirel bir gözle bakmak için zaman ayırmayı öğrenir. Böylece danışanın kaçınma davranışlarını kullanmaya dönük otomatik eğilimi azalabilir (Freeman vd., 2004). Algılanan tehdiye ilişkin daha yapıcı bir bilişsel perspektif geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla danışanlara bilişsel yeniden yapılandırma becerileri öğretilir. Bilişsel yeniden yapılandırmada, "mevcut tehdit"e yani o anda tehlikeli veya tehdit edici olarak algılanan duruma odaklanılır. Bu kapsamda yapılacak müdahaleler ise tehdit içeriğinden ziyade tehdiye ilişkin değerlendirmelere yöneliktir. Bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin başarılı bir şekilde kullanılabilmesi için danışanların tehdiye ilişkin otomatik düşüncelerini tanımlayabilme becerisini kazanmış olması gerekir (Clark ve Beck, 2010).

#### **2. 1. 4. 2. 10. 2. Davranışçı Teknikler**

Bilişsel davranışçı terapide beceri eğitimi (örn., gevşeme eğitimi, atılganlık eğitimi, sosyal beceri eğitimi), rol oynama, davranışın prova edilmesi ve maruz bırakma gibi davranışsal teknikler de kullanılmaktadır (Beck ve Weishaar, 2011).



## 2. 1. 4. 2. 10. 2. 1. Sosyal Beceri Eğitimi

Sosyal beceri eksikliği ve sosyal yetersizlik, çocukluk ve ergenlik dönemindeki birçok duygusal ve davranışsal bozukluğun gelişimi ve sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Spence, 2003). Dolayısıyla duygusal ve davranışsal bozukluğu olan çocuk ve gençler için tasarlanmış pek çok programda sosyal beceri eğitimi bileşeni yer almaktadır (Quinn, Kavale, Mathur, Rutherford Jr ve Forness, 1999). Bireyler, kişilerarası etkileşimlerini iyi bir şekilde yürütmek için gerekli olan sosyal becerilerden yoksun olabilirler. Bu durumda terapistin, sosyal becerilerini geliştirmesi için bireye yardım etmesi psikolojik yardım sürecinin etkililiğini arttıracaktır. Göz kontağı kurma, bir konuşmayı başlatma ve sürdürme, selam verme, soru sorma, dinleme, duygularını ifade etme, topluluk önünde konuşma gibi davranışlar sosyal becerilere örnektir. Terapist, doğrudan sosyal becerileri öğretmenin yanı sıra geribildirimler vererek (sesli veya video ile), rol oynamayla ve kademeli ödevler yoluyla gerekli becerilerin gelişimlerini kolaylaştırabilir (Antony ve Rowa, 2008; Freeman vd., 2004). Grup ortamı sosyal beceri eğitimi için oldukça yararlıdır. Grup ortamı kişilerarası sosyal davranışları içine alan bu becerilerin öğrenilebileceği doğal bir ortam sağlar. Grup uygulamalarının bu konuda etkili olmasının birden çok nedeni vardır. Katılımcılar, gruptaki diğer kişilerle etkileşim kurma fırsatından yararlanırlar. Gruplar bireylere daha fazla geribildirim sağlar. Bunlar, katılımcıları becerileri uygulamaya teşvik eden olumlu geribildirimler olabileceği gibi; bu becerilerin diğerleri tarafından daha gerçekçi veya kabul edilebilir algılanmasının nasıl sağlanacağına ilişkin olumsuz geribildirimler de olabilir. Etkileşimsel bir ortam sağlayan gruplar, sosyal becerileri öğrenmeleri açısından katılımcılara daha fazla motivasyon kaynağı sağlar. Bir grup insanla beraber sosyal becerilerin pratik edildiği bir ortamda öğrenme daha iyi gerçekleşir. Çünkü katılımcılar gruptaki farklı bireylerle sosyal beceri uygulamaları yapabilir ve bireylerin kendilerine özgü niteliklerine yanıt vermeyi öğrenebilir (LeCroy, 1994, s. 126-127; LeCroy, 2008, s. 99-100).

Sosyal beceri eğitiminin amacı, bireylerin çeşitli sosyal durumlarda/ortamlarda faydalı olacak becerileri kazanmalarına yardımcı olmaktır. Tipik bir sosyal beceri eğitimi programının çeşitli bileşenleri vardır; (1) danışanlara başarılı ve etkili sosyal davranışın nelerden oluştuğu hakkında bilgi verilmesi, (2) danışanlara sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerini nasıl kullanacakları konusunda açıklamalar yapma, (3) rol oynama ve terapistin model olması, (4) danışanlara performanslarına ilişkin düzeltme geribildirimlerinin (corrective feedback) verilmesi, (5) danışanların, terapistin yanında belirli bir beceriyi uygulaması (prova), (6) danışanların aynı beceriyi gerçek hayatta uygulaması (ev ödevi). Özellikle temel ve ileri düzey iletişim becerilerini içeren çoğu sosyal beceri bu ardışık yaklaşım kullanılarak öğrenilebilir. Hayır diyebilme, otorite figürleriyle

başta çıkma, etkili liderlik gibi atılgan davranışların öğrenilmesine vurgu yapıldığında ise sosyal beceri eğitimi programı atılganlık eğitimi olarak adlandırılabilir (Starcevic, 2010, s. 197-198).

Araştırma sonuçları sosyal beceri eğitiminin SAB'da (Beidel vd., 2014), ön ergenlerin sosyal uyumlarında (Bierman ve Furman, 1984), otizm spektrum bozukluğuna sahip çocuk ve gençlerin sosyal yeterliliklerinde (Gates, Kang ve Lerner, 2017), asperger sendromu/yüksek işlevli otizm tanısı almış çocuk ve ergenlerde (Cappadocia ve Weiss, 2011; Rao, Beidel ve Murray, 2008), DEHB'li çocukların sosyal işlevselliğinde (Antshel ve Remer, 2003; Pfiffner ve McBurnett, 1997); şizofreni tanısı almış bireylerin sosyal uyumlarında (Wallace ve Liberman, 1985) ve negatif belirtilerinde (Turner vd., 2017), atılgan davranışların geliştirilmesinde (Bornstein, Bellack ve Hersen, 1977; Rhodes, Redd, ve Berggren, 1979) ve engelli çocuklarda (Gresham, 1981) yararlı olduğunu göstermekle birlikte; sosyal beceri eğitiminin tek başına etkili olmadığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Gresham, 1998; Spence, 2003). BDT'ye dayalı grup müdahalelerinde de sosyal beceri eğitimi modülüne yer verilebilmektedir. Sosyal beceri eğitimi BDT'ye dayalı grup müdahalelerine entegre edildiğinde, müdahalenin etkisinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Herbert vd., 2005; McQuaid vd., 2000; Scaini, Belotti, Ogliairi ve Battaglia, 2016; Spence, Donovan ve Brechman-Toussaint, 2000).

#### **2. 1. 4. 2. 10. 2. 2. Atılganlık Eğitimi**

Başkalarının haklarına zarar vermeden ve saldırganlık dürtülerini kontrol ederek kendi haklarını savunabilme, hedeflerine ulaşabilme, zorlukların üstesinden gelebilme ve kararlı olma oldukça önemli kişisel niteliklerdendir. Bu kişisel özellikleri ifade eden kavrama atılganlık denir. Atılganlık bireyin potansiyellerini ortaya koymasını ve kendini gerçekleştirme için bir ön koşuldur (Peneva ve Mavrodiev, 2013). Atılganlık eğitimi, özellikle davranışçı terapistler tarafından sıklıkla kullanılan bir tekniktir. Rol oynama (A. A. Lazarus, 1966), davranışın prova edilmesi, model olma, davranış gösterme ve geri dönüt verme atılganlık eğitiminde kullanılan tekniklerdendir. Atılganlık (girişkenlik) eğitiminin amacı, bireylere başkalarını haklarını ihlal etmeden kendi haklarını korumaya yönelik becerileri ve olumlu/olumsuz duygularını sosyal açıdan kabul edilebilir bir biçimde ifade etmeyi öğretmektir (Percell, Berwick ve Beigel, 1974). Bireyin kendisine ve başkalarına saygılı olması, atılgan davranışın önemli bir göstergesidir (Murdock, 2014). Atılganlık; (a) bireyin ne istediğini bilmesi, (b) istek, ihtiyaç ve düşüncelerini açık ve dürüst bir şekilde ifade edebilecek güven ve yeteneğe sahip olması, (c) başkalarıyla tartışma/müzakere etme becerisi sergileyebilmesi ve (d) başkalarının hakkına saygı göstermesi biçiminde

duygulanımsal, bilişsel ve davranışsal unsurlar içerir (Weston ve Went, 1999). Sıklıkla grup uygulamalarında kullanılabilen atılganlık eğitiminin dört bileşeni vardır. Bunlar; (1) danışanların atılgan, atılgan olmayan ve saldırgan davranışlar arasındaki farkı öğrenmesi ve kendi davranışlarını gözlemleyebilmesi; (2) danışanların bireysel haklara saygı gösteren ve atılgan davranışı destekleyen bir bakış açısı kazanması; (3) atılgan davranmayı engelleyen faktörlerin etkisinin azaltılması ve (4) uygulamalı olarak atılganlık becerilerinin öğretilmesi şeklinde belirtilebilir (Jakubowski, 1977'den akt., Murdock, 2014, s. 398; Smead-Morganett, 2005 s. 81-118).

Atılganlık çeşitli psikolojik değişkenlerle ilişkili olabilmektedir. Percell ve diğerleri (1974) yaptıkları çalışmada atılgan bireylerin yüksek öz-kabule ve düşük anksiyete düzeyine sahip olduğunu; atılganlık eğitiminin ise atılgan davranışları ve öz-kabul düzeyini yükselterek anksiyete düzeyini azalttığını ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçları atılganlık eğitiminin stres (Lee ve Crockett, 1994), akademik anksiyete (Dhanpal ve Paul, 2015; Mohebi vd., 2012), sosyal anksiyete (Faghihi ve Goodarzi, 2017), depresyon (Eslami, Rabiei, Afzali, Hamidizadeh ve Masoudi, 2016) ve saldırganlık (Dehnavi ve Ebrahimi, 2016; Mofrad ve Mehrabi, 2015) düzeyini azalttığını; atılgan beceriler (Avşar ve Alkaya, 2017; Kang ve Lee, 2006; Tavakoli, Setoodeh, Dashtbozorgi, Komili-Sani ve Pakseresht, 2015; Warland, McKellar ve Diaz, 2014), benlik saygısı (Linn vd., 2004), üniversite ortamına uyum (Karahan, Sakdoğan, Özkamalı ve Dicle, 2005), akademik başarı ve öznel iyi oluş (Paezy, Shahraray ve Abdi, 2010) düzeyini arttırdığını göstermektedir. Atılgan bireylerin daha çok içsel kontrol odağına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Cooley ve Nowicki Jr, 1984; Williams ve Stout, 1985).

#### **2. 1. 4. 2. 10. 2. 3. Maruz Bırakma (Exposure)**

Anksiyeteye müdahalede kullanılan önemli stratejilerden biri, danışanlardan anksiyetelerini kontrol etmekten vazgeçmelerini bunun yerine anksiyetelerini kabul edip anksiyetelerinin yükseleceği durumlara kendilerini maruz bırakmalarını istemektir. Danışanlar bunu yaptıklarında sonuçların zannettikleri gibi felaket içerikli (katastrofik) olmadığını keşfederler ve anksiyeteleri giderek azalır (Freeman vd., 2004, s. 147). *Exposure* terimi genel olarak korku duyulan bir uyarana maruz kalma anlamına gelir. Fakat maruz bırakma uygulamalarında bireyin gerçek bir tehdit olmadan korkulan uyarana veya temsiline maruz kalması söz konusudur (Lauterbach ve Gloster, 2007). Danışan, anksiyete uyandıran olaylara/durumlara sözel veya imgesel düzeyde kontrollü bir şekilde maruz kalır. Böylece korkularından kaçınmak yerine onlarla yüzleşmiş olur. Bunun sonucunda ise korkacak bir şey olmadığı halde korktuğunu keşfeder (Todd ve Pietrowski,

2007). Uygun bir maruz kalma durumu tanımlandıktan sonra maruz kalma uygulamasından en üst düzeyde verim almak için dikkat edilmesi gereken birtakım noktalar mevcuttur. Bunlar; (1) danışanların korktukları felaket durumlar ve bunların gerçekleşme olasılığına dair algıları değerlendirilmelidir; (2) korkulan bu felaket durumlarla rasyonel olarak bağlantılı olan güvenlik davranışları belirlenmelidir; (3) olumsuz inançların aktif bir şekilde onaylanmamasına odaklanan bilişsel bir set oluşturulmalıdır; (4) maruz kalma sırasında güvenlik davranışları ortadan kaldırılmalı veya ters çevrilmelidir ve (5) uygulamanın sonucu bilgi işleme açısından tartışılmalıdır. Terapist, özellikle korkulan felaketin gerçekleşip gerçekleşmediğini sormalıdır. Gerçekleşmemiş ise, buna yönelik danışanın açıklamasının ne olduğunu öğrenmelidir. Danışan felaketin gerçekleşmemesini güvenlik davranışlarına mı bağlıyor yoksa maruz bırakma danışanın inancında daha derin bir değişim mi meydana getirdi; bu soruların cevabını incelemelidir (Wells vd., 1995).

Maruz bırakma anksiyete problemlerine müdahalede oldukça etkili bir tekniktir. Anksiyete uyaranları; canlı (ör. örümcek, köpek), cansız (ör. gök gürültüsü, deprem, mikroplar), korkulan bir durum (ör. topluluk önünde konuşma, sınav kaygısı) veya geçmişteki bir olaya ilişkin davetsiz düşünceler veya anılar (ör. geçmişte yaşanan cinsel istismarın tekrar tekrar hatırlanması) olabilir. Bireyler bu uyaranlara, hafif endişe halinden panik semptomlarına kadar değişebilen reaksiyonlar gösterebilirler (Lauterbach ve Gloster, 2007, s. 2). Danışanlar kendilerini korkulan duruma maruz bıraktıklarında ölüm, delirme, aşağılanma gibi oldukça olumsuz sonuçlarla karşılaşacaklarına gerçekten inandığı sürece, terapist ne kadar onları cesaretlendirmeye çalışsa da duruma kendilerini maruz bırakmazlar. Ancak felaket içerikli inançlarına etkili bir şekilde meydan okunduğunda korktukları durumlara maruz kalmaya istekli olurlar (Freeman vd., 2004: 147). Hangi maruz kalma modelinin kullanılacağı (ör. imajinal, imgelem, in vivo, interoceptive veya sanal gerçeklik) ve müdahaledeki hedef uyarıcı, danışanın problemine bağlıdır. Çünkü hedef uyarıcı; panik bozukluğu için bedensel duyular, özgül fobi için spesifik bir nesne veya durum, TSSB için ise travmatik bir görüntü olabilir. Hedef uyarıcı danışanın problemini temsil edici ve danışanda istenen düzeyde anksiyete uyandıracak şekilde belirlenmelidir. Maruz bırakmaya dayalı müdahaleler, bilişsel yeniden yapılandırma ve gevşeme egzersizleri gibi diğer terapötik bileşenlerle birlikte kullanılmaktadır (Forsyth, Barrios ve Acheson, 2007).

#### **2. 1. 4. 2. 10. 2. 4. Gevşeme Eğitimi**

Gevşeme eğitiminin amacı, bireylere anksiyeteye ve günlük yaşam stresleriyle mücadele etmeyi öğretmektir. Kas gerilimi, anksiyete ve stresi artırıp şiddetlendirdiği için

anksiyete tedavisinde kaslardaki bu gerilimi azaltan gevşeme egzersizi kullanılmaktadır (Hackney ve Cormier, 2008, s. 227; McCallie, Blum ve Hood, 2006). Böylece gerginlik yaratan durumlarda birey gevşemeyi kullanarak kaslarında ve zihninde rahatlama sağlar. Davranışçı bir teknik olan gevşeme; sistematik duyarsızlaştırma, atılma eğitimi, kendini yönetme programı ve otojenik eğitim gibi bir dizi davranışçı tekniklerle birlikte kullanılabilir (Corey, 2008, s. 263). Gevşeme eğitimi danışanın fiziksel ve zihinsel süreçlerinin kontrolünü ele almasına yardımcı olur. Gevşeme eğitiminde danışanlara gevşemeleri için sakin bir ses tonuyla bazı yönergeler verilir. Danışanlar, rahat ve sakin bir ortamda derin ve düzenli nefes alıp vererek kaslarını dönüşümlü olarak kasıp gevşetirler (Hackney ve Cormier, 2008). Aynı zamanda kendilerini en rahat ve en iyi hissettiren ortam ve düşünceleri hayal ederek zihinsel olarak da kendilerini bırakmayı öğrenirler. Danışanlar kaslardaki gerginliği hissetmeleri, yaşamaları, fark etmeleri ve bu gerginliğe odaklanmaları için teşvik edilir. Danışanların gergin ve rahat durumlar arasındaki farkı da deneyimlemeleri önemlidir. Yaklaşık olarak 20-25 dakika süren gevşeme düzenli bir şekilde tekrarlandığında ise iyi öğrenilmiş bir tepki haline gelir (Corey, 2008, s. 263-264). Progresif kas gevşemesi, nefes egzersizleri, meditasyon ve hayalinde canlandırma olmak üzere dört temel gevşeme tekniği vardır (Creed vd., 2014). BDT'ye dayalı müdahalelerde de kullanılmakta olan gevşeme tekniklerinin genel anksiyete bozukluğu ve panik bozukluktaki genel gerilimi ve depresyonla ilişkili endişeyi azalttığı görülmektedir (Sudak, 2006).

Gevşeme eğitiminin anksiyete (Francesco, Mauro, Gianluca ve Enrico, 2010; Manzoni, Pagnini, Castelnuovo ve Molinari, 2008), depresyon (Broota ve Dhir, 1990; Klainin-Yobas, Oo, Suzanne-Yew ve Lau, 2015; Murphy, Carney, Knesevich, Wetzel ve Whitworth, 1995), alkoliklerde otonomik uyarılma (Parker, Gilbert ve Thoreson, 1978), migren (Kropp, Meyer, Meyer ve Dresler, 2017; Kropp vd., 2017) ve gerilim tipi baş ağrısı (Bendtsen ve Jensen, 2009; Blanchard, Andrasik, Ahles, Teders ve O'Keefe, 1980; Jensen, 2017) düzeylerinin azaltılmasında yararlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalar ise gevşeme eğitiminin tek başına istenilen düzeyde etkili olmadığını ve BDT ile birlikte kullanıldığında etkisinin arttığını (Harvey, Bryant ve Tarrier, 2003) ortaya koymaktadır.

#### **2. 1. 4. 2. 11. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Psiko-Eğitimsel Gruplarda Uygulanması**

BDT, psiko-eğitimsel grup müdahalelerinde sıklıkla kullanılan etkililiği kanıtlanmış bir yaklaşımdır (Asbahr vd., 2005; Bramham vd., 2009; Bryant, Harvey, Dang, Sackville ve Basten, 1998; Davidson, Dawson ve Krsmanovic, 2017; Dugas vd., 2003; Goldin vd.,

2016; Kroenke ve Swindle, 2000; Oei ve McAlinden, 2014; Owen, Sellwood, Kan, Murray ve Sarsam, 2015; Silverman vd., 1999; Telch vd., 1993; Troeung, Egan ve Gasson, 2014). Grup perspektifinden bakıldığında, BDT süreci hem umut aşılama hem de didaktik bilgi verme hususunda tutarlılık göstermektedir. Problemlere özgü modeller sunması ve sorunların çözümünü için sistematik bir yol ortaya koyması etkililiğini arttıran yönlerdendir. Grup sürecinin diğer bir yönü olan evrensellik, BDT'de de önemli bir rol oynamaktadır. Spesifik problemlere veya bozukluklara sahip bireylerin bir araya gelmesi; problemleri konusunda yalnız olmadıklarını fark etmeleri, sorunlarıyla ilişkili yaşantılarını ve içsel deneyimlerini paylaşma fırsatı bulmaları, öğrenme ve değişim için diğer üyelerden destek sağlamaları açılarından faydalar sağlamaktadır. Düşüncelerin izlenmesi, destekleyici ve destekleyici olmayan kanıtların gözden geçirilmesi, sokratik sorgulamalar gibi BDT stratejilerinin farklı grup üyelerinin problem durumuna uygulanması, üyelerin olay ve düşünceleri farklı şekilde görmesine ve çok yönlü bir perspektif kazanmasına yardımcı olur. Ayrıca davranışsal teknikler ve sosyal becerilerin grup içinde uygulanması, yeni davranışları denemeleri ve problemleriyle başa çıkmalarına yardımcı olacak daha uyumlu davranışlar geliştirmeleri açısından üyeleri teşvik eder. Grup üyeleri; model olma, maruz bırakma çalışmaları ve yaptıkları ev ödevleri yönünden de birbirine katkı sağlar (Bieling, McCabe ve Antony, 2006, s. 12-14). Problemlerinin üstesinden gelmek için birbirine yardım eden ve destek sağlayan grup üyeleri, birbirleri için anlamlı bir destek sistemi oluşturur. Grup üyelerinin, problemleriyle başarılı bir şekilde başa çıkmayı öğrenen diğer üyeleri görmesi, cesaret kazanmalarına ve olumlu beklentiler geliştirmelerine yardımcı olarak değişime ilişkin motivasyonlarını artırır (Sank ve Shaffer, 1984).

BDT'ye dayalı grup müdahaleleri beceri kazanımını kolaylaştıran psiko-eğitim üzerine yoğunlaşmanın yanı sıra; BDT modelinin açıklanmasına ve üyeler tarafından anlaşılmasına da önem verir. Böylece üyelerin olaylar/durumlar, inançlar, duygular ve davranışlar arasındaki ilişkiyi fark etmesi sağlanır. Grup oturumlarında üyelerin işlevsel olmayan düşüncelerini değiştirmelerine ve beceri kazanmalarına yardımcı olan alıştırmalara yer verilir (Stewart vd., 2007). BDT'ye dayalı grup sürecinin ilk oturumu kritik bir öneme sahiptir. İlk oturumda grubun yapısı, temel kuralları, BDT müdahalesinin mantığı açıklanır ve üyelerde umut ve olumlu beklentiler oluşturulur. İlk oturumdaki diğer önemli husus, spesifik problem veya bozukluk hakkında üyelere eğitim vermektir. BDT gruplarında, üyelerin soru sorarak, öneriler sunarak, geri bildirimler vererek ve diğerlerinden geri bildirim alarak birbirlerini desteklemeleri beklenir. Geri bildirimler sırasında ise üyelerin birbirine saygılı davranması gerekir. Tüm üyelerin BDT grubundan ne bekleyecekleri, müdahalenin nasıl ilerleyeceği ve ev ödevlerini yapmalarının gerekli

olduğu ile ilgili güçlü bir algı ile ilk oturumdan ayrılmaları önemlidir (Söchting, 2014, s. 20-24).

## **2. 1. 5. İlgili Araştırmalar**

### **2. 1. 5. 1. Anksiyete Duyarlılığı ile İlişkili Faktörlere Yönelik Araştırmalar**

Bu bölümde birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülen anksiyete duyarlılığının ilişkili bulunduğu değişkenlere yönelik araştırma sonuçlarına yer verilmektedir. AD, bireylerde anksiyeteye yatkınlık oluşturan bilişsel bir etkidir (Mantar vd., 2011). Deneysel psikopatoloğlara göre, anksiyete bozukluğu olan kişilerin tehde ilişkin bilgi işleme süreci bu tür bozukluğu olmayanlardan farklılaşmaktadır. Bu bireylerin bilgi işleme sürecindeki bilişsel yanlılıkları, patolojik anksiyetenin sürdürülmesinde ve belki de etiyolojisinde rol oynamaktadır. Anksiyete bozuklukları istenmeyen düşünce sendromlarıdır. OKB hastaları, bulaşma (kontaminasyon), şiddet ve diğer rahatsız edici temaları içeren istenmeyen düşüncelerden muzdarip iken; panik hastaları ani ölüm, delirme ve atak geldiğinde kontrolü kaybetmeyle ilişkili korkutucu düşüncelere sahiptir. YAB'lı hastalar ise bir dizi olası talihsizliklere ilişkin ruminatif düşüncelere sahiptir. Bu durum, bilgi işleme sürecindeki yanlılıkların bilinçsizce yapılmasından ziyade otomatik olarak gerçekleştiğini düşündürmektedir. Bireyler duygusal açıdan kendilerini çöküntüye uğratan bu düşünceleri kontrol etmekte büyük bir güçlük yaşarlar ve bilginin işlenmesi süreci duygu durumlarını daha da kötüleştirir (McNally, 1995).

AD, anksiyete ve diğer psikopatoloji formları için bir risk faktörüdür. Yapısal değerlendirme modelleri AD'nin fiziksel, sosyal ve bilişsel belirtilerden korkma olarak adlandırılan bileşenlere ayrışabileceğini öne sürmektedir. Bu üç bileşen çeşitli olumsuz sonuçlarla ilişkili olabilmektedir. Özellikle AD'nin bilişsel kaygı bileşeni intihar ile ilişkilendirilmiştir. AD'nin bilişsel bileşenine odaklanan kısaltılmış bir müdahale programında deney grubundaki katılımcılara psikoeğitim ve içsel maruz bırakma (interoceptive exposure) teknikleri uygulanmıştır. Bu müdahale sonucunda kontrol grubuyla kıyaslandığında deney grubunun AD'nin bilişsel belirtilerden korkma bileşenindeki puanlarında anlamlı düzeyde azalma sağlanmıştır (Schmidt, Capron, Raines ve Allan, 2014).

Kaçınan (kaçınmaya dönük) başa çıkma ve travma sonrası stres (TSS) belirtilerine sahip travmaya maruz kalmış HIV/AIDS'li 103 katılımcıyla yapılmış bir çalışmada, kaçınan başa çıkmanın TSS belirtilerini AD aracılığıyla etkilediği bulunmuştur. Bu çalışma hem kaçınan başa çıkma hem de AD değişkenlerinin HIV/AIDS'li örneklemdeki TSS semptomlarıyla kavramsal olarak ilişkili önemli yapılar olduğunu göstermektedir. ADI-3

indeksinde de ölçülen fiziksel duyuların yanlış ve/veya katastrofik yorumlanması kaçınan başa çıkma ile TSS semptomları arasındaki ilişkileri kısmen açıklayabilmektedir. Bu bulgular, AD'nin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri modellerinde merkezi bir açıklayıcı yapı olduğunu düşündürmektedir (Brandt vd., 2015). AD'nin bu bozukluğun gelişimindeki yatkinlaştırıcı rolünü destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur (Lies vd., 2017; Raines vd., 2017).

Yirmili yaşların ortasındaki (yaş ort.=25.2) majör depresyonlu hastalar, (panik ataksız) sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi (panik atak olmayan/nonpanik) anksiyete bozukluğu olan bireylerin puanlarına benzer şekilde yüksek ADI skoruna sahiptir. ADI skorları depresif belirtilerden işlevsiz (disfonksiyonel) tutum ve somatik belirtilerin şiddeti ile güçlü bir ilişkiye sahiptir. Negatif yorumlamalar ve anksiyete duyularına yönelik korku depresyonla ilişkili bilişsel yanlılıkla bağlantılı gözükmektedir (Otto, Pollack, Fava, Uccello ve Rosenbaum, 1995).

Birincil tanısı sosyal fobi olan 214 kişiyle yapılmış bir çalışmada, tedavi öncesinde katılımcılara ölçek uygulanmış ve panik atak geçirmiş sosyal fobiklerin panik atak geçirmeyenlere oranla daha yüksek anksiyete duyarlılığı puanına sahip olduğu gözlenmiştir. Panik atak geçirmiş sosyal fobi hastalarının, bedensel duyularının felaketle sonuçlanacağına yönelik yaşadıkları korku düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Scott, Heimberg ve Jack 2000). Sosyal anksiyete, olumsuz değerlendirilme korkusu ve AD'nin sosyal belirtilerden korkma alt boyutu birbiriyle ilişkili olan değişkenlerdir (McWilliams, Stewart ve MacPherson, 2000). Sosyal fobisi olan bireyler ADI'nin sosyal belirtilerden korkma alt boyutunda; panik bozukluk, YAB, OKB, özgül fobi veya sağlık anksiyetesi (hipokondriyazis) tanısı olan ve herhangi bir tanısı olmayan bireylerden daha yüksek puana sahiptir. Aynı çalışmada YAB hastaları bilişsel belirtilerden korkma alt boyutunda; panik bozukluk hastaları ise fiziksel belirtilerden korkma alt boyutunda daha yüksek skora sahiptir (Wheaton, Deacon, McGrath, Berman ve Abramowitz, 2012). Deacon ve Abramowitz'in (2006) panik bozukluk, OKB, sosyal fobi, YAB, veya özgül fobisi olan grup ve tanısı olmayan grupla yürüttüğü çalışmada; sosyal fobiklerin ASI-R (Anxiety Sensitivity Index-Revised) ölçeğinin diğer insanlar tarafından izlenme kaygısı alt boyutunda daha yüksek puana; panik bozukluk hastalarının solunum sistemi belirtilerinden korkma alt boyutunda daha yüksek puana; YAB hastalarının bilişsel kontrolü kaybetmekten korkma alt boyutunda daha yüksek puana ve OKB hastalarının ise kanser, felç, kalp krizi, ishal ve bulantı gibi durumları içine alan fiziksel felaketlerden korkma alt boyutunda daha yüksek puana sahip olduğunu bulmuştur. Yaşları 8-12 arasında değişen anksiyete bozukluğuna sahip 44 çocuk ve annelerinin yer aldığı bir çalışmada ise AD değişkeninin, çocuklardaki davranışsal inhibisyon ve negatif duygulanım ile anksiyete bozukluğu belirti şiddeti



arasındaki ilişkiyi anlamlı derece açıkladığı bulunmuştur (Viana, Kiel, Alfano, Dixon ve Palmer, 2017).

Her gün tütün tüketen ve bir tütün bıraktırma programının parçası olarak tedavi bekleyen 466 tütün kullanıcısından tedavi öncesinde veri toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre anksiyete duyarlılığı ile tütün bırakmaya yönelik engeller, önceki bırakma girişimleri ve tütün içmeye dönük beklentiler arasında dolaylı bir ilişki bulunmuştur. Bu dolaylı ilişki tütün tüketimiyle ilgili rahatsız edici düşünce, duygu ve içsel duyuların varlığına gösterilen esnek olmayan/kaçınmaya dönük tepkilere eğilim aracılığı ile gerçekleşmektedir (Zvolensky, Farris, Schmidt ve Smits, 2014). AD ile madde kullanımı ve madde kullanım nedenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada ADI skorları ile başa çıkma amacıyla alkol ve nikotin kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Stewart, Karp, Pihl ve Peterson, 1997). AD'nin işlevsel olmayan alkol kullanma davranışının altında yatan belirleyici bir faktör olabileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur (Watt vd., 2006b). AD, kendini sabote etme eğiliminin de önemli bir yordayıcısıdır (Kalyon, Dadandı ve Yazıcı, 2016).

Ayakta tedavi gören anksiyete bozukluğu hastalarıyla AD indeksi kullanılarak yapılan boylamsal bir çalışmada, AD'nin bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma alt boyutları farklı bozukluklarla ilişkili bulunmuştur. Tanısal komorbidite etkisi kontrol altında tutularak yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda, agorafobili panik bozukluğu hastalarının bu bozukluğu olmayanlara oranla ADI'nin fiziksel belirtilerden korkma bileşeninde anlamlı bir yükselme gösterdikleri bulunmuştur. Benzer bir yükselmeyi, sosyal fobisi olan katılımcılar sosyal belirtilerden korkma alt boyutunda göstermişlerdir. YAB'ı olan hastalar ise hem sosyal hem de bilişsel belirtilerden korkma alt boyutunda daha yüksek puanlara sahiptir (Rodriguez, Bruce, Pagano, Spencer ve Keller, 2004). Yaş ranjı 10-17 arasında değişen 165 katılımcıdan oluşan bir çalışmada ise genel AD ve AD-bilişsel belirtilerden korkma alt boyutu ile endişe hali, yaygın anksiyete belirtileri ve YAB tanısı arasında anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur (Knapp, Blumenthal, Mischel, Badour ve Leen-Feldner, 2016). Bu sonuçlar AD'nin kaygı bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesindeki önemini desteklemektedir.

Katılımcıların uyku bozukluğu ile birlikte anksiyete bozukluklarından SAB, YAB veya PB tanısına sahip olduğu 301 kişiyle yürütülen bir çalışmada yüksek AD uyku bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. AD'nin bilişsel belirtilerden korkma alt boyutu ile genel uyku bozukluğu ve uykusuzluktan kaynaklanan gündüz işlev bozukluğu arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Baker vd., 2017). Uyku bozukluğu için yüksek risk altında olan 149 lisans öğrencisiyle yapılmış başka bir çalışmada ADI'nin özellikle bilişsel belirtilerden korkma alt boyutunun uyku bozukluğunun sürdürülmesinde önemli bir role sahip olduğu bulunmuştur

(Calkins, Hearon, Capozzoli ve Otto, 2013). Uyku problemi olan 6-17 yaşlarındaki 101 anksiyete düzeyi yüksek çocuk ve gençle yapılan başka bir çalışmada da yüksek AD uykuya başlamadaki gecikme ile ilişkili bulunmuştur (Weiner, Elkins, Pincus ve Comer, 2015). Benzer bir bulgu, üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da elde edilmiştir (Babson, Trainor, Bunaciu ve Feldner, 2008). Panik bozukluğa sahip bireylerde görülen uyku bozukluğunun yüksek AD ile ilişkili olduğunu ortaya koyan araştırma bulguları da mevcuttur (Hoge vd., 2011). Ayrıca AD'nin bilişsel belirtilerden korkma alt boyutu OKB'deki kabul edilemez düşünceler ile insomnia belirtileri arasındaki ilişkide aracı bir role sahiptir ve OKB'li hastalarda uyku bozukluğunu arttıran bir mekanizma olarak işlev görebilir (Raines vd., 2015).

### **2. 1. 5. 2. Anksiyete Duyarlılığının Bilişsel-Davranışçı Terapi İle Azaltılmasına İlişkin Araştırmalar**

BDT, birçok psikolojik problemin ve bozukluğun tedavisinde kullanılan etkili bir müdahale yöntemidir (Hofman vd., 2012). BDT'nin AD'nin azaltılmasında da etkili olduğu birçok araştırma ile kanıtlanmaktadır (Nowakowski, Rowa, Antony ve McCabe, 2016; Smits, Berry, Tart ve Powers, 2008; Ogawa vd., 2016; Otto ve Reilly-Harrington, 1999; Watt vd., 2006a). AD, özellikle panik bozukluğu olan bireylerde yüksek düzeyde gözlenen kişisel bir değişkendir (Cox vd., 1999; McNally, 2002) ve boylamsal çalışmalar AD'nin panik atakları yordadığını göstermektedir (Ehlers, 1995; Hayward vd., 2000; Li ve Zinbarg, 2007; Schmidt vd., 1999; Schmidt vd., 2006). BDT'nin, AD düzeyini azaltması panik atakların da oluşma sıklığını azaltmaktadır (Smits, Powers, Cho ve Telch, 2004). BDT, panik bozukluğa sahip bireylerde AD'yi azaltmakla birlikte belki de nüksü de önlemektedir (McNally, 2002).

Yüksek AD, problemli alkol kullanımı ile ilişkilidir (Howell, Leyro, Hogan, Buckner ve Zvolensky, 2010; Schmidt, Buckner ve Keough, 2007). Birer saatlik üç oturumdan oluşan kısa süreli bir BDT (piko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, fiziksel egzersiz ve içsel maruz bırakma modüllerinden oluşan) grup müdahalesinin içme problemi olan yüksek AD'li genç erişkin kadınlara uygulandığı bir çalışmada, elde edilen sonuçlar şu şekildedir: BDT, katılımcıların uyum sağlama amacıyla içme davranışlarını ve duygusal rahatlama beklentilerini anlamlı derecede azaltmıştır. Kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, BDT grubundaki katılımcıların riskli alkol kullanım oranlarında %50 azalma görülmüştür. Dolayısıyla bu bulgular, yüksek AD'ye yönelik kısa BDT müdahale programının alkol kötüye kullanımını önlemede etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Watt vd., 2006b). Katılımcılara yüksek AD'ye yönelik telefonla 8 haftalık BDT uygulanan başka bir çalışmada ise müdahalenin AD'yi, anksiyeteye başa çıkma amacıyla içme davranışını,

alkolle ilişkili fiziksel ve kişilerarası problemleri azalttığı görülmüştür (Olthuis, Watt, Mackinnon ve Stewart, 2015).

Uykuyla ilişkili problemler anksiyete bozukluğuna sahip çocuklar, gençler (Alfano, Ginsburg ve Kingery, 2007; Alfano, Pina, Zerr ve Villalta, 2010; Chase ve Pincus, 2011; Wills ve Gregory, 2015) ve yetişkinlerde (Gillin, 1998; Papadimitriou ve Linkowski, 2005; van Mill, Hoogendijk, Vogelzangs, van Dyck ve Penninx, 2010) yaygın bir şekilde görülür. Kronik uyku problemleri, çeşitli davranışsal ve fiziksel problemlerle ilişkili olup gelecekteki psikopatolojiyi öngörebilmektedir. Uyku problemlerinde AD değişkeni de önemli bir rol oynayabilmektedir (Weiner vd., 2015). Dolayısıyla AD'yi azaltmaya dönük müdahaleler, bu tür problemleri de azaltabilir. Bilişsel anksiyete duyarlılığı müdahalesinin bir uyku bozukluğu olan insomniaya sahip katılımcılara uygulandığı bir çalışma bunu kanıtlamaktadır. Belirtilen çalışmada AD müdahalesinin, AD ve alt boyutlarındaki kaygı düzeyini azaltma aracılığıyla insomnia belirtilerini azalttığı bulunmuştur (Short, Allan, Raines ve Schmidt, 2015).

AD'nin obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi klinik (Calamari vd., 2008; Raines, Oglesby, Capron ve Schmidt, 2014) ve klinik olmayan örneklerde (Wheaton vd., 2012) yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Robinson ve Freeston'un (2014) AD ve OKB ilişkisini ortaya koyan araştırmaları da derlediği çalışması bu bağlamda önemli bulgular ortaya koymaktadır. Nitekim Blakey, Abramowitz, Reuman, Leonard ve Riemann (2017) da AD'nin, OKB'nin doğasında ve BDT ile tedavisinde önemli bir değişken olabileceğini öne sürmektedir.

Genel AD, anksiyete bozuklukları arasında tanılar arası (trasdiagnostik) bir faktör iken, AD'nin alt boyutları belirli anksiyete bozukluklarına özgüllük gösterebilmektedir. Dolayısıyla AD'nin alt boyutlarındaki puanların azalması, ilişkili bozuklukların belirtilerinde de düşümlere yol açar. BDT müdahalesinin, AD'nin fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma alt boyutunda meydana getirdiği anlamlı gelişmelerin sosyal anksiyete belirtilerinde de iyileşmeye yol açması buna örnektir (Nowakowski vd., 2016).

### **2. 1. 5. 3. Bilişsel-Davranışçı Terapinin Etkiliğine Yönelik Araştırmalar**

Meta-analiz çalışmaları ve derleme çalışmaları, BDT'nin etkililiğini vurgulayan önemli bulgu ve bilgiler içermektedir (Barth vd., 2016; Cuijpers, Cristea, Karyotaki, Reijnders ve Huibers, 2016; Dobson, 1989; Ebert vd., 2015; Ehde, Dillworth ve Turner, 2014; Fıstıkçı, Keyvan, Erten, Duran ve Sungur, 2015; Koffel, Koffel ve Gehrman, 2015; McGuire vd., 2015; Sockol, 2015; Stewart ve Chambless, 2009; Sukhodolsky, Kassinove ve Gorman, 2004; Wu, Appleman, Salazar ve Ong, 2015; Zachariae, Lyby, Ritterband ve O'Toole,

2016; Tolin, Frost, Steketee ve Muroff, 2015). Butler ve diğerlerinin (2006) meta-analitik çalışmalarında BDT'nin yetişkin ve ergen tek uçlu (unipolar) depresyonu, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobili veya agorafobisiz panik bozukluk, sosyal fobi, TSSB ve çocukluk çağı depresyon ve anksiyete bozukluklarında oldukça etkili bir yaklaşım olduğunu ortaya çıkarmıştır. Genel olarak bakıldığında BDT müdahale sonrası etkileri açısından oldukça iyi bir performans sergilemektedir. BDT alan bireylerin birincil belirti şiddeti ve genel belirti şiddeti düşerken genel işlevselliği artmaktadır. BDT'nin etkisinin müdahale bittikten altı ay ve bir yıl sonra da devam etmesi, bu yaklaşımın avantajlarının zaman sınırlı olmadığını göstermektedir (Tolin 2010). Trauer, Qian, Doyle, Rajaratnam ve Cunnington'in (2015) meta-analiz çalışması da BDT'nin etkililiğini zaman içerisinde devam ettirdiğini ve semptomları hafiflettiğini ortaya koymakla birlikte bu yaklaşımın komorbid olmayan kronik insomnia için oldukça etkili bir müdahale olduğunu da göstermektedir.

BDT özellikle depresyon (Abreu, Powell ve Sudak, 2012; Deckersbach, Gershuny ve Otto, 2000; Dobkin vd., 2011; Lewinsohn, Clarke, Hops ve Andrews, 1990; Mor ve Haran, 2009; Sudak, 2012) ve anksiyete bozukluklarında (Barrett, 1998; Dugas vd., 2003; Manassis vd., 2002; Otte, 2011; Otto vd., 2004; Silverman vd., 1999; Wood vd., 2009; Wood, Piacentini, Southam-Gerow, Chu ve Sigman, 2006) oldukça etkili bir müdahale yöntemidir (Tolin, 2010). BDT'yi depresyon tedavisinde çekici kılan özelliklerden birisi tedavi kazanımlarının zaman geçse de sürdürülmesi ve nüks oranlarının düşük olmasıdır (Deckersbach vd., 2000). BDT, depresyonda ilaç tedavisi ile kombinasyon halinde, bireysel müdahale olarak veya antidepresan tedavisinin kesilmesini takiben tedavi kazanımlarının sürdürülmesine katkı sağlayacak yardımcı bir strateji olarak uygulanabilir (Pava, Fava ve Levenson, 1994). Depresyonlu hastaların bir kısmı ilaç tedavisine yanıt vermediği ve birçok depresyonlu hasta yaşam kalitelerini düşüren ve nüks riski taşıyan kalıntı (rezidüel) belirtilere sahip olmaya devam ettiği için, BDT bu ruh sağlığı probleminin tedavisinde önemli bir rol oynayabilir (Sudak, 2012). Fava, Rafanelli, Grandi, Conti ve Belluardo (1999) ilaç tedavisinin kesilmesinin ardından BDT'nin uygulandığı grupta hem kalıntı belirti düzeyi hem de nüks oranları açısından benzer bulgular elde etmişlerdir. Yazıcı (2002), bilişsel-davranışçı sigara bırakma programının sigara kullanan normal, depresyonlu ve sosyal anksiyeteli bireyler üzerindeki etkililiğini araştırdığı çalışmada, uygulamış olduğu müdahale sonucunda tüm deney gruplarında sigara içme miktarının azaldığını; ayrıca deney gruplarındaki katılımcıların depresyon ve sosyal anksiyete belirtilerinde anlamlı düzeyde düşüşler olduğunu ortaya koymuştur.

BDT'ye göre anksiyete ve kaçınma bireylerin uyum bozucu inançları ve düşünce süreçleriyle ilişkilidir. Çekingen kişilik bozukluğuna sahip bireylerle yürütülen bir çalışmada bireysel BDT müdahalesi (20 oturum) alan bireyler, kısa dinamik terapi (20 oturum) alan

ve kontrol grubundaki bireylere oranla daha anlamlı gelişmeler göstermiştir. BDT müdahalesi alan bu bireyler çekingen kişilik bozukluğu alt ölçeğinde, anksiyete belirtileri ölçeğinde, sosyal fobi alt ölçeğinde, kaçınma ölçeğinde ve kişilik bozukluğu inanç ölçeğinin obsesif-kompulsif alt ölçeğinde kısa dinamik terapi alan bireylere oranla anlamlı düzeyde yüksek gelişmeler göstermiştir (Emmelkamp vd., 2006).

BDT; madde kullanımının azaltılmasında (Maude-Griffin, 1998; Windsor, Jemal ve Alessi, 2015), OKB tedavisinde (McKay vd., 2015; Şafak vd., 2014), öfke problemlerinde (Beck ve Fernandez, 1998; Chen vd., 2014; Görgü ve Sütçü, 2016; Sukhodolsky vd., 2004), davranım bozukluğu veya karşıt olma karşıt gelme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde (Lochman, Powell, Boxmeyer ve Jimenez-Camargo, 2011), TSSB'de (Murray vd., 2015; Smith vd., 2007), yeme bozukluklarında (Fairburn vd., 2009; Murphy, Straebl, Cooper ve Fairburn, 2010), borderline ve çekingen kişilik bozukluklarında (Davidson, 2008), rutin psikiyatrik bakımları ile birlikte BDT alan şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerinde (Li vd., 2015; Rector ve Beck, 2012) etkililiği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmış bir müdahale yöntemidir.

## 2. 2. Literatür Taramasının Sonucu

Anksiyete duyarlılığı ile ilgili tartışmalar anksiyete kavramına dayandırılır. Anksiyete bireylerde farklı tür ve düzeylerde gözlenen ve diğer psikopatolojik belirtilere de eşlik edebilen bir faktördür. Endişenin hâkim olduğu çoğu kere mustarip olmaya yol açan bu gerilim hali, insanda yaşamın her döneminde gözlenebilir. Birtakım belirsizliklerle gözlerini dünyaya açan ve doğumundan itibaren sevgi, ilgi, korunma, barınma ve beslenme gibi temel insani ihtiyaçlarının karşılanması için dış dünyaya ihtiyaç duyan bireyin kendi doğasındaki normal duygulardan biri olan anksiyeteyi deneyimlemesi kaçınılmazdır. Anksiyetenin bireyin dünyasındaki normal bir duygu olmaktan çıkıp kişisel, sosyal, akademik veya mesleki işlevselliğini bozan patolojik bir görüngüye dönüşmesi dikkate alınması gereken en önemli noktadır. İnsanın hayatta kalma, hastalanma veya bir kaza ya da hastalıkla karşılaşma konusunda yaşadığı endişe ve belirsizlik, ciddi bir kontrol kaybı algısına ve bununla bağlantılı olarak anksiyeteye yol açar. Bu nedenle anksiyete, belirsizlik ve kontrolsüzlük kavramları ile ilişkilendirilerek tartışılır. Şüphesiz ki anksiyetenin bireyi koruyucu ve güdüleyici rolleri de bulunmaktadır.

Birey sürekli olarak belirsizlikleri ortadan kaldırma ve yaşamını kontrol etme çabası içindedir. Böyle bir tablo aynı zamanda bireyi güçlü kılma ve bu yolla fiziksel ve ruhsal sağlığını koruma ve sürdürme olanağı sağlar. Fakat bazen ortaya çıkan belirsizlik ve buna eşlik eden ciddi endişe haline tahammül etmek zorlaşır ve sonuç olarak anksiyete yoğun

bir düzeyde yaşanmaya başlar. Kişiyi kuvvetli bir şekilde boyunduruğu altına alarak sosyal fobik bir bireyin topluluk önünde konuşamamasına, agorafobik bir bireyin evden çıkamamasına, panik bir bireyin ölüyormuş gibi fiziksel semptomlar göstermesine veya obsesif-kompulsif bir bireyin tekrarlayıcı nitelikteki rahatsız edici düşünce ve davranışlar döngüsünde kalmasına yol açar. Nihayetinde ise bireyin fonksiyonelliğini bozarak yetersiz, çaresiz, başarısız veya ümitsiz hissetmesine; kalp çarpıntısı, halsizlik, terleme, titreme, baygınlık hissi, baş ağrısı ya da mide krampları gibi fiziksel problemler yaşamasına; performansını yerine getirememeye, işlerini erteleme veya sosyal açıdan yetersiz davranma gibi durumlarla karşılaşmasına neden olur. Bu tür olumsuz durumları yaşayan birey gerçekliği test etmek, belirsizliğe tahammül etmek, eyleme geçmek, başarılı olduğunu görmek, korkularıyla ve kaygılarıyla yüzleşmek için psikolojik bir yardıma ihtiyaç duyar.

Gerek yüksek anksiyete gerekse anksiyete bozukluklarının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde bazı risk faktörlerinin etkisi vardır. Son yıllarda daha yaygın bir şekilde tartışma konusu olan anksiyete duyarlılığı bunlardan biridir. Anksiyete duyarlılığı normal dışı anksiyetenin ortaya çıkmasında etkili olan önemli bir değişkendir. Anksiyete duyarlılığı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan zararlı olarak yorumladığı bedensel duyularından korkmasını ifade eden bir tepki halidir. Fiziksel, bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma olmak üzere üç bileşeni bulunan AD'nin yüksek olması bireyleri ruhsal bozukluk geliştirmeye daha yatkın hale getirebilmektedir. Alan yazındaki çalışmalar anksiyete bozuklukları başta olmak üzere depresyon, madde kullanım bozuklukları, uyku bozuklukları ve intihar düşünceleri gibi psikolojik problemlilik arz eden birçok durumda AD'nin etkin rol oynadığını göstermektedir. Böyle bir tablo anksiyete duyarlılığının anksiyete düzeyinin artması veya azalması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. AD'de gözlenen azalmanın anksiyete bozukluklarının düzeyinde azalmaya yol açması, AD'yi azaltmaya yönelik müdahale programlarının geliştirilip uygulanmasına yol açmıştır. Bu programlardan biri de bilişsel-davranışçı müdahalelerdir.

Sosyal ortamlar anksiyetenin gözlemlendiği durumlardan biridir. Ruh sağlığıyla ilgili sınıflamalarda buna sosyal fobi ya da sosyal anksiyete adı verilir. Sosyal anksiyete durumunda birey diğerleri tarafından değerlendirilme ve yargılanma endişesinin yarattığı duygusal, fiziksel ve davranışsal bazı belirtiler sergiler. Öyle ki bu bireyler yoğun bir kaygı ve gerilim ile kalp çarpıntısı, yüz kızarması türünden semptomlar geliştirirler. Bunun yanında konuşmada, tanışmada ve kendini ifade etmekte belli zorlanmalarla karşılaşılır. Bu nedenle bir kalabalık içinde yer alma veya ortak mekanları kullanma durumlarından kaçınmaya çalışırlar.

Anksiyete bozukluklarında önemli bir role sahip olan yüksek AD, sosyal anksiyete belirtileri ile de bağlantılıdır. Sosyal anksiyetede gözlenen terleme, titreme, kızarma,

düzcün cümleler kuramama veya zihnini toparlayamama gibi belirtiler bireyin bilişsel değerdendirmelerinden ve bunların yarattığı korkudan bağımsız değildir. Sosyal anksiyetesi yüksek bireyler sosyal ortamlarda ve topluluk karşısında hatalı ve yetersiz davranacaklarına bunun sonucunda da küçük düşeceklerine ve olumsuz bir şekilde değerdendirileceklerine dair düşünce ve inançlara sahiptirler. Kendilerine ilişkin algıları ise kusurlu ve beceriksiz oldukları yönündedir. Tüm bu olumsuz içerikteki düşünce ve inanç yapıları, sosyal anksiyeteli bireyleri birtakım kaçınma ve güvenlik davranışlarını denemeye iter. Birey kaçındıkça felaket içerikli fakat çarpıtılmış olan düşünce, varsayım, imaj ve inançlarını test etme imkânından da uzaklaşır. Bu kaçınmalar anksiyetesini aktif bir biçimde dengeleme girişimlerinin de önünü keser ve anksiyete döngüsünü devam ettirir. Bu durum ise bireyin gerçek performansını gösterememesi, nitelikli sosyal ilişkiler kuramaması, yeni deneyimlere kendini kapatması, kariyer fırsatlarını kaçırmaması ya da yaşamdan doyum alamaması ile sonuçlanır.

Bireyin anormal sınırlar içerisindeki anksiyete düzeyini normale indirgeyip anksiyetesinin yaşamdaki fonksiyonelliğini arttıran bir mekanizma olarak yeniden işlev görmesini sağlamak sağlıklı, üretken ve doyum verici bir şekilde yaşamını sürdürmesi için gereklidir. Bu amaca hizmet eden yaklaşımlardan biri olan BDT programları birçok psikiyatrik ve psikolojik problemde etkililiği kanıtlanmış müdahalelerdir. Sokratik sorgulama, otomatik düşüncelere meydan okuma ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi bilişsel; maruz bırakma, gevşeme eğitimi, rol oynama ve sosyal beceri eğitimi gibi davranışçı teknikleri içerisinde barındıran BDT süreci yapılandırılmış bir içeriğe sahiptir. Bu süreçte problemlere özgü kavramsal modeller sunulur ve danışanlara bilişsel modele ilişkin psiko-eğitim verilir. Danışan ve danışmanın teröpatik iş birliği içerisinde hareket ettiği BDT sürecinde danışanın problemlerine ve işlevselliğini bozan düşüncelerine yönelik farkındalık kazanması önemlidir. BDT sürecinde danışan otomatik düşüncelerini izlemeyi, düşüncelerinin duygu ve davranışlarını nasıl etkilediğini ve bunların karşılıklı olarak nasıl etkileşime girdiğini, akılcı olmayan düşüncelerine olan inanç düzeyini belirlemeyi, mantıklı ile mantıksız ve işlevsel ile işlevsel olmayan düşünceleri birbirinden ayırt etmeyi, mantıksız düşüncelerine meydan okumayı ve işlevsel olmayan düşüncelerini işlevsel olanlarla değiştirmeyi öğrenir. Yapılandırılmış, zaman sınırlı olan, danışanın aktif katılımını gerektiren ve problem odaklı olan bu yaklaşım geçmişteki problemlerle değil bireyin bugününü etkileyen ve fonksiyonelliğini bozan sorunlarla ilgilendirir. BDT'de müdahale bittikten sonra da etkililiğinin devam etmesi ve danışanların kendine yardım becerilerini kazanması önemlidir. Yapılan izleme çalışmaları müdahale süreci bittikten sonra da BDT'nin etkisinin devam ettiğine dair önemli bulgular ortaya koymaktadır. Bu açılardan

BDT, psikolojik yardım mesleklerinde çalışanlar ve psikolojik yardıma ihtiyaç duyan bireyler için önemli avantajlar sağlamaktadır.





### 3. YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın modeli, araştırmaya katılan öğrenciler, grupların oluşturulması, deneysel işlem yolu ve kullanılan analiz teknikleriyle ilgili açıklamalar yer almaktadır.

#### 3. 1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, betimsel yöntemle çalışma grupları (deney ve kontrol grubu) belirlendikten sonra yarı deneysel desene göre çalışma deseni oluşturmuştur. Bazı nicel araştırmalar bir eğitim uygulamasının veya fikrin bireyler üzerinde fark yaratıp yaratmadığını test etmeye çalışırlar. Bu tür çalışmalar için deneysel araştırma prosedürleri uygulanır (Creswell, 2012, s. 20). Araştırmanın amaçları açısından bir veya birden çok bağımsız değişkene etki edildiği ve katılımcıların karşılaştırma gruplarına rastgele (seçkisiz) atıldığı durumlarda gerçek deneysel desen söz konusudur (Punch, 2005, s. 69). Deneysel desenler (müdahale çalışmaları veya grup karşılaştırma çalışmaları olarak da adlandırılır), araştırmacıların bir etkinliğin, müdahalenin veya materyalin katılımcıların sonuçlarında bir fark yaratıp yaratmadığını belirlediği niceliksel araştırma yöntemlerindedir. Deneysel çalışmalarda, bir gruba müdahalede bulunulurken, diğer gruba katılımcı sonuçlarını etkileyecek herhangi bir müdahalede bulunulmaz. Bu şekilde, uygulanan müdahalenin etkisi değerlendirilmeye çalışılır (Creswell, 2012, s. 20-21). Gerçek deneysel desenin kullanılmasını gerektiren durumların oluşturulamaması ve seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmadığı için bu çalışmada yarı deneysel desen kullanılmıştır. Yarı deneysel desenler, rastgele atama kullanımını içermez (Shadish, Cook ve Campbell, 2002, s. 12). Araştırmacılar, çalışmalarında iç geçerliğe yönelik tehditleri kontrol altına almak (veya en azından azaltmak için) başka teknikler kullanabilirler. Bunlar dört başlık altında toplanabilir ve araştırmacı bunlardan herhangi birini veya tümünü yapmaya çalışabilir: (1) Araştırmanın yürütüldüğü koşulları (örneğin; müdahalenin uygulanma şekli, verilerin toplanma şekli vb.) standartlaştırma; (2) çalışmadaki katılımcılarla ilgili daha fazla bilgi edinmek, yani katılımcıların ilgili özellikleri hakkında bilgi almak ve bu bilgileri sonuçları analiz ederken ve yorumlarken kullanmak. Bu olgunlaşma, regresyon etkisi ve denek kaybı gibi durumların kontrol edilmesine katkı sağlar; (3) çalışmanın ayrıntıları hakkında daha fazla bilgi edinme (çalışmanın nerede ve ne zaman gerçekleştirileceği, konu ile ilgisi olmayan başka olayların meydana gelme durumu gibi); (4) uygun bir desenin seçilmesi -uygun desenin tercih edilmesi, iç geçerliğe yönelik

tehditlerin kontrol edilmesine çok katkı sağlayabilir (Fraenkel, Wallen ve Hyun, 2012, s. 179-180). Sadece gönüllü öğrencilerle çalışma zorunluluğu ve verilecek eğitime ihtiyaç duyan öğrencilere ulaşma gibi durumlar araştırmanın gerçek deneysel bir çalışma olmasını engelleyen durumlardır. Bu gibi durumlarda araştırmacı ulaşılabilir olan öğrencileri yansız bir şekilde gruplara atayamadığı için var olan gruplarla çalışır. Gruplar yansız atamayla oluşturulamaz ise de var olan grupların içinden deney ve kontrol grupları yansız bir şekilde oluşturulmaya çalışılır. Bu şekilde gerçekleştirilen çalışmalara yarı deneysel (quasi-experiment) çalışmalar denmektedir (Creswell, 2014). Bu araştırma da gönüllü öğrencilerle çalışma durumu, bu tür bir psiko-eğitime ihtiyaç duyan öğrencilere ulaşma ve grupların seçkisiz atamayla oluşturulamaması gibi nedenlerle yarı-deneysel desene göre yürütülmüştür. Nicel araştırma yaklaşımına göre tasarlanan bu çalışmada kullanılan bir diğer araştırma modeli de ilişkisel taramadır. İlişkisel tarama iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla araştırmalarda kullanılır (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2014).

Katılımcıların Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ten (ADİ-3) ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nden (LSKÖ) aldığı puanlar araştırmanın bağımlı değişkenini oluştururken katılımcılara uygulanacak bilişsel-davranışçı temelli müdahale programı araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmuştur. Araştırmada Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) seçkisiz olarak oluşturulmuş deney ve kontrol gruplarına ön-test, son-test ve izleme testi olarak uygulanmıştır. Pilot uygulama ve asıl uygulamada deney ve kontrol gruplarına ölçeklerin uygulanması konusunda aynı işlem yolu izlenmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda müdahale programının etkililiği incelenmiştir.

Araştırmanın pilot uygulama kısmında 2x3'lük split-pilot faktöriyel (karışık) varyans analizi kullanılmıştır. Bu desende birinci faktör bağımsız işlem gruplarını (deney grubu ve kontrol grubu) gösterirken, diğer faktör bağımlı değişkenlere ilişkin farklı koşullardaki tekrarlı ölçümleri (ön-test, son-test ve izleme ölçümü) ifade etmektedir. ADİ-3 ve LSKÖ deney ve kontrol gruplarına, ön-test, son-test ve izleme testi olarak uygulanmış ve bilişsel-davranışçı müdahale programının etkililiği incelenmiştir. Pilot uygulamaya ilişkin araştırma deseni Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırma Deseni (Pilot Uygulama)

Gruplar	Ön-test	Uygulama	Son-test	İzleme
Deney Grubu-1	Ö <sub>1,1</sub>	X	Ö <sub>1,2</sub>	Ö <sub>1,3</sub>
Kontrol Grubu-1	Ö <sub>2,1</sub>		Ö <sub>2,2</sub>	Ö <sub>2,3</sub>
Deney Grubu-2	Ö <sub>1,1</sub>	X	Ö <sub>1,2</sub>	Ö <sub>1,3</sub>
Kontrol Grubu-2	Ö <sub>2,1</sub>		Ö <sub>2,2</sub>	Ö <sub>2,3</sub>

Ö: Ölçüm

Ön test Son test Kontrol Grup Deseni

Araştırmanın asıl uygulama kısmında 2x4'lük split-pilot faktöriyel (karışık) varyans analizi kullanılmıştır. Bu desende birinci faktör bağımsız işlem gruplarını (deney grubu ve kontrol grubu) gösterirken, diğer faktör bağımlı değişkenlere ilişkin farklı koşullardaki tekrarlı ölçümleri (ön-test, son-test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümü) ifade etmektedir. ADİ-3 ve LSKÖ deney ve kontrol gruplarına, ön-test, son-test, izleme-1 ve izleme-2 testi olarak uygulanmış ve bilişsel-davranışçı müdahale programının etkililiği incelenmiştir. Asıl uygulamaya ilişkin araştırma deseni Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Araştırma Deseni (Asıl Uygulama)

Gruplar	Ön-test	Uygulama	Son-test	İzleme <sub>1</sub>	İzleme <sub>2</sub>
Deney Grubu-1	Ö <sub>1,1</sub>	X	Ö <sub>1,2</sub>	Ö <sub>1,3</sub>	Ö <sub>1,4</sub>
Kontrol Grubu-1	Ö <sub>2,1</sub>		Ö <sub>2,2</sub>	Ö <sub>2,3</sub>	Ö <sub>2,4</sub>
Deney Grubu-2	Ö <sub>1,1</sub>	X	Ö <sub>1,2</sub>	Ö <sub>1,3</sub>	Ö <sub>1,4</sub>
Kontrol Grubu-2	Ö <sub>2,1</sub>		Ö <sub>2,2</sub>	Ö <sub>2,3</sub>	Ö <sub>2,4</sub>

Ö: Ölçüm

Ön test Son test Kontrol Grup Deseni

### 3. 2. Araştırma Desenin Oluşturulma Sürecinde Dikkate Alınan İç ve Dış Geçerlilikler

Tam deneysel çalışmalarda yansız atama yoluyla kontrol edilebilen iç geçerliğe yönelik tehditlerin, seçkisiz örnekleme yapılamayan yarı deneysel çalışmalarda birtakım tekniklerle kontrol altına alınması gerekmektedir. Deneysel araştırmacıların deneysel çalışmanın iç geçerliliğine yönelik potansiyel tehditleri tanımlaması ve deneysel çalışmayı bu tehditler oluşmayacak veya asgari düzeyde kalacak şekilde dizayn etmesi gerekir. Geçerliliğe yönelik tehditler içsel geçerliğe yönelik tehditler ve dışsal geçerliğe yönelik tehditler olmak üzere iki türdür. İç geçerlik tehditleri araştırmacının bir deneysel

çalışmada, elindeki verilerden doğru çıkarımlar yapma yeteneğini tehdit eden deneysel prosedürler, müdahaleler veya katılımcıların deneyimlerinden oluşur. Araştırmacı örneklemdaki verilerden diğer kişilere, ortamlara ve geçmiş veya gelecekteki durumlara ilişkin yanlış çıkarımlarda bulunduğu anda ise dış geçerlik tehditleri ortaya çıkar (Creswell, 2014, s. 174-176). Bu çalışmada iç geçerliğin ve dış geçerliğin artırılması açısından birtakım unsurlara dikkat edilmiştir (Creswell, 2012, s. 304-306; Creswell, 2014, s. 174-175; Fraenkel vd., 2012, s. 167-174; Lodico, Spaulding ve Voegtler, 2010, s. 244-248). Araştırmada iç geçerliği sağlamaya dönük olarak aşağıdaki işlemler yapılmıştır:

- ✓ Deneklerin seçimi: Deneysel çalışmalarda katılımcılar farklı özellikler (yaş, cinsiyet, etnik köken, dini inanç, sosyo-ekonomik düzey, olgunluk, zekâ, koordinasyon, hız vb.) taşıyabilirler ve bu farklılıklar araştırma sonuçlarını etkileyebilir. Bu çalışmada bu farklılıkları kontrol etmek ve asgari düzeye indirmek için katılımcıların tamamı aynı sosyal çevreden, Fatih Eğitim Fakültesi, seçilmiştir. Tamamı lisans öğrencisi olan katılımcıların yaşları aynı veya birbirine yakındır.
- ✓ Veri toplama aracı: Bu tehdit, katılımcılara uygulanan ölçeklerin farklı olması, ölçeklerin farklı kişiler tarafından uygulanması, veri toplayan kişinin özellikleri (yaş, cinsiyet, dili kullanma becerisi gibi), birey ya da nesnelerin farklı gözlemciler tarafından değerlendirilmesi gerektiği durumlarda ortaya çıkar. Bu iç geçerlik tehdidini önlemek için, ölçme araçları araştırmacı tarafından uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler ise DSM-5 ölçütlerine dayalı olarak yapılmıştır. Gruplardaki katılımcılar aynı ölçme araçlarıyla (ön-test, son-test, izleme testi) değerlendirilmiştir ve ölçme araçlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Puanlayıcıdan kaynaklanan olası tehditleri ortadan kaldırmak için çalışmada kullanılan ölçme araçlarında açık uçlu sorulara yer verilmemiştir.
- ✓ Olgunlaşma: Deneysel süreç boyunca geçen zamanla birlikte, büyüme ve gelişmenin bir sonucu olarak ortaya çıkabilecek fiziksel, zihinsel veya duygusal işlevlerdeki kişisel değişimlerdir. Bu tehdidi önlemek veya asgari düzeye indirmek amacıyla her bir deney grubu için benzer özelliklerde birer kontrol grubu oluşturulmuştur. Ayrıca gruplara katılımcı seçilirken katılımcılar arasındaki yaş farkının fazla olmamasına, yaşlarının aynı veya birbirine yakın olmasına dikkat edilmiştir. Buldukları sosyal çevrenin benzer olması için ise deney ve kontrol gruplarındaki öğrenciler eğitim fakültesinden seçilmiştir.
- ✓ Deneklerin geçmişi: Bu tehdidin ortadan kalkması için deneysel koşullar dışında araştırma çevresinde oluşan tüm olayların katılımcılar için benzer şekilde gerçekleşmiş olması gerekir. Bu amaçla deney gruplarına; halihazırda profesyonel düzeyde psikolojik yardım alan, psikiyatrik ilaç kullanan, yakın zamanda veya

halihazırda benzer amaçla yürütülen başka bir psiko-eğitsel müdahaleye katılan ve PDR programına kayıtlı katılımcı dahil edilmemiştir. Katılımcıların bu bağlamda benzer deneyimlere sahip olmasına dikkat edilmiştir.

- ✓ Denek Kaybı Etkisi: Bazen araştırmacının kontrolü dışında bazı katılımcılar çeşitli nedenlerle (hastalık, okuldan ayrılma, zamanlamanın uygun olmaması nedeniyle düzenli katılımın sağlanamaması gibi) deneyden ayrılabilirler. Bu araştırmada, deneysel müdahale sırasında meydana gelebilecek deneysel düşmeler göz önünde bulundurularak gruplar oluşturulmuştur.
- ✓ Ölçüm: Ön-test ve son-test ölçümleri arasındaki sürenin kısa olması durumunda katılımcılar ölçek maddelerini ve verdikleri cevapları hatırlayarak yanlı davranabilir. Bu araştırma haftada birer oturum olmak üzere toplamda 10 oturum süren yarı-deneysel bir çalışmadır. Bu tehdidi asgari düzeye indirmek ve katılımcıların yanlı cevap vermelerinin önüne geçmek için ölçek maddeleriyle ve içerikleriyle ilgili herhangi bir şekilde katılımcılarla konuşulmamış ve bilgi paylaşımında bulunulmamış; katılımcılardan ölçekleri içten, samimi ve dürüst bir şekilde doldurmaları istenmiştir.
- ✓ Gruplar Arası Etkileşim: Deney ve kontrol gruplarının birbiriyle iletişim ve etkileşim içine girmesi, kontrol grubundaki bireylerin deney grubunda yapılan işlemlerden ve uygulamalardan haberdar olması, deney grubunda kullanılan materyallere ulaşması iç geçerliği tehdit eden bir durum teşkil eder. Bunun önüne geçmek için deney grubundaki bireylerden; grupta yapılan işlemlere, uygulamalara ve konuşma içeriklerine ilişkin bilgileri diğer kişilerle paylaşmamaları, bu konuda gizlilik ilkesine dikkat etmeleri istenmiştir. Ayrıca grupta kullanılan veya ev ödevi olarak verilen formları da çoğaltmamaları ve başkalarıyla paylaşmamaları istenmiştir. Kontrol grubundaki üyelere ise deney grupları ve yapılan uygulamalarla ilgili herhangi bir bilgi verilmemiştir.
- ✓ Telafi Edici Rekabet: Kontrol ve deney gruplarının birbirinden haberdar olması, gruplar arasında rekabetçi bir ortamın oluşmasına zemin hazırlayabilir. Kontrol grubundaki katılımcılar, normalde gösterdiklerinden daha fazla çaba gösterebilir, ölçeklere yanlı cevap verebilirler. Bunun önüne geçmek için araştırma boyunca deney gruplarının ve kontrol gruplarının her biri diğer deney ve kontrol gruplarından haberdar olmamıştır.
- ✓ Katılımcı Tutumları: Katılımcıların gönüllü veya gönülsüz olması, beklentilerinin çok yüksek olması, deneysel çalışmanın amaçlarını ve sonuçları nasıl etkileyebileceklerini bilmeleri, deney ve kontrol gruplarının birbirinden haberdar olması iç geçerliği etkileyen unsurlarındandır. Bunun önüne geçmek veya asgari

düzele indirmek için katılımcılar gönüllü öğrencilerden seçilmiş, katılımcılara deneysel çalışmanın amaçları ve denenceleri hakkında bilgi verilmemiş ve gruplara birbiri hakkında herhangi bir bilgi verilmemiştir.

Dış geçerliğe yönelik tehditler, araştırmacının örneklem verilerinden diğer kişilere, ortamlara, geçmiş veya gelecekteki durumlara, müdahalelere ve ölçümlere yönelik doğru çıkarımlarda bulunma kabiliyetini tehdit eden unsurlardır, yani araştırma sonuçlarının genellenebilirliği ile ilişkili tehditlerdir (Creswell, 2012, s. 306; Creswell, 2014, s. 176; Fraenkel vd., 2012; Lodico vd., 2010, s. 248-253). Araştırmada dış geçerliği sağlamaya dönük olarak aşağıdaki işlemler yapılmıştır:

- ✓ Örneklem ve Müdahale Etkileşimi: Bu dış geçerlik tehdidi, araştırmacının elde ettiği sonuçları farklı gruplara genellemesi durumunda ortaya çıkar. Bu araştırmada, uygulanan BDT müdahalesi ile ilgili teorik ve uygulamaya ilişkin bilgiler kapsamlı olarak verilmiştir. Müdahale programında, her seansa ilişkin amaçlar, işlemler ve uygulamalar sistematik bir şekilde belirtilerek programın başka araştırmacılar tarafından da uygulanabilir olması sağlanmaya çalışılmıştır.
- ✓ Bağlam ve Müdahale Etkileşimi: Dış geçerliğe yönelik bu tehdit, deneyin yapıldığı bağlam (ortam ve çevresel koşullar) ile genelleme yapılan diğer grupların içinde bulunduğu bağlam arasındaki farklılıklarla ilişkilidir. BDT'nin yapılandırılmış bir müdahale yöntemi sunması ve farklı gruplarda etkililiğinin yapılan çalışmalarla kanıtlanmış olması bu tehdidin önüne geçmektedir.
- ✓ Zaman ve Müdahale Etkileşimi: Bu tehdit, araştırma sonuçlarının geçmiş ve geleceğe genellenmesi durumunda ortaya çıkar. Araştırma sonuçlarını diğer zamanlara genelleştirmek yerine, araştırmacının daha sonraki bir zamanda yeniden yapılması/tekrarlanması bu tehdit için bir çözümdür. Araştırmada son test uygulamasından sonra izleme ölçümlerinin yapılması zaman ve müdahale etkileşiminden kaynaklı değişimlere belirlemeye yardımcı olmuştur. Ayrıca pilot uygulamadan sonra asıl uygulamanın yapılmış olması da sonuçları genellemek yerine araştırmacının sonraki bir zamanda yeniden yapılmasını sağlamıştır.
- ✓ Çoklu Tedavi Etkileşimi: Katılımcılar birden fazla müdahaleye maruz kaldıklarında sonuçların hangi müdahaleden kaynaklandığını veya etkilendiğini saptamak zorlaşır. Bu durum sonuçların genellenebilirliğini de sınırlandırır. Bu araştırmada tüm deney gruplarında tek müdahale programı uygulandığı için çoklu tedavi etkileşimi söz konusu değildir.

### 3. 3. İşlem Yolu

Verilerin toplanmasında kullanılacak ölçme araçlarının sahiplerinden mail yoluyla izinler alınmıştır. Çalışma deneysel bir çalışma olduğu için KTÜ etik kurul izni için başvuruda bulunulmuştur ve etik kurul izni alınmıştır. Eğitim fakültesinin çeşitli bölümlerinden veri toplanabilmesi için Fatih Eğitim Fakültesi Dekanlığı'ndan izin alınmıştır. 2014-2015 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde çalışmanın psiko-eğitimsel müdahale programının pilot uygulaması yapılmıştır. 2015-2016 eğitim-öğretim yılı güz yarıyılında ise çalışmanın asıl uygulaması gerçekleştirilmiştir. İzin yazıları ile ilgili belgeler Ek-1'de yer almaktadır.

### 3. 4. Araştırma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi'nin çeşitli bölümlerinde öğrenim görmekte olan birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Son sınıfa devam eden öğrenciler otumlara devam etmeyle ilgili karşılaşılabilecekleri problemler (uygulama derslerinin yoğunluğu vb.) ve mezun olmaları dolayısı ile izleme sürecinde bu katılımcılara ulaşamama riskinden dolayı araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma grubuna, müdahale programının sonucunda elde edilen puanları etkileyebilme olasılığından dolayı psikolojik danışma ve rehberlik programından öğrenci alınmamıştır. Bunun nedeni PDR öğrencilerinin bazı ders içeriklerinde anksiyete ile başa çıkmaya dönük birtakım bilgiler öğrenmesidir. Araştırma grubunun büyüklüğü, sonuçların genellenebilirliğini sağlayacak şekilde oluşturulmuştur. Araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyen öğrenciler yansız olarak deney ve kontrol gruplarına atanmıştır. Deney ve kontrol gruplarına atanan öğrencilerin herhangi bir psikolojik müdahale görmediğine ve ilaç kullanmıyor olmasına dikkat edilmiştir.

Öğrencilerden doldurdukları forma isim ve telefon numaraları yazmaları istenmiştir. Öğrencilere çalışmanın deneysel kısmı konusunda bilgi verilmiştir. Deneysel çalışmada yer almak isteyen öğrencilerden *"Bu araştırmanın devamında yapılacak olan psiko-eğitimsel grup programına katılmak istiyorum."* seçeneğini işaretlemeleri istenmiştir. Gruplara atamada ilgili ölçeklere yönelik gerekli puan kriterlerini sağlayan öğrencilerle iletişime geçilmiştir. Psiko-eğitimsel grup müdahalesine katılma konusunda gönüllü öğrencilerle bireysel görüşmeler yapılarak hem öğrencilerden kendileri hakkında ve problem durumlarına yönelik daha kapsamlı bilgiler alınmış hem de uygulanacak müdahale programı hakkında (ne zaman başlayacak, haftada kaç kez ne kadar süre ile toplanılacak gibi) bilgi verilmiştir. Öğrencilerle yapılan bireysel görüşmeler DSM-5 kriterleri

göz önünde bulundurularak yapılandırılmıştır. Çalışma pilot uygulama ve asıl uygulama şeklinde gerçekleştirilmiştir.

### 3. 4. 1. Pilot Çalışma

Pilot çalışmada deney ve kontrol gruplarına atanacak üyeleri belirlemek amacıyla 710 kişiye ölçek uygulanmıştır. Uygulanan ölçek takımı Kişisel Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nden oluşmaktadır. Tablo 3 ve Tablo 4'te ölçek takımının uygulandığı öğrencilerin eğitim fakültesinde okudukları program ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin Okudukları Programa Göre Dağılımı

Programlar	N	%
Sınıf öğretmenliği	112	15,8
Sosyal Bilgiler Öğretmenliği	116	16,3
Matematik Öğretmenliği	82	11,5
Fen Bilgisi Öğretmenliği	57	8,0
Okul Öncesi Öğretmenliği	78	11,0
İşitme Engelliler Öğretmenliği	86	12,1
Türkçe Öğretmenliği	43	6,1
Zihin Engelliler Öğretmenliği	128	18,0
İngilizce Öğretmenliği	8	1,1
<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	515	72,5
Erkek	195	27,5
<b>Toplam</b>	<b>710</b>	<b>100,0</b>

Pilot uygulamada iki deney ve iki kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney ve kontrol gruplarına ait tablolar aşağıda yer almaktadır. Deney grubu-1 ve kontrol grubu-1 anksiyete duyarlılığı puanları yüksek olan kişilerden oluşturulmuştur. Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2 anksiyete duyarlılığı puanları ve sosyal anksiyete puanları yüksek kişilerden oluşturulmuştur. Deney grubu-1 ve deney grubu-2'ye bilişsel davranışçı temelli anksiyete duyarlılığını azaltmaya dönük 10 oturum süren psiko-eğitimsel müdahale programı uygulanmıştır. Grup uygulama süreci boyunca ses kaydı yapılmıştır. Her oturum sonunda üyelerden o günkü oturumla ilgili eleştiri ve önerilerini isimlerini belirtmeden bir kâğıda yazıp tahtaya yapıştırarak ayrılmaları istenmiştir. Oturumlar 120-140 dakika sürmüştür.



Tablo 5. Deney ve Kontrol Grubu-1 (Pilot Uygulama-Anksiyete Duyarlılığı)

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
Deney Grubu-1	1	21	Erkek	3
	2	20	Kadın	3
	3	18	Kadın	1
	4	19	Kadın	1
	5	20	Kadın	1
	6	20	Kadın	3
	7	19	Kadın	2
	8	19	Kadın	1
	9	18	Kadın	1
	10	18	Kadın	1
Kontrol Grubu-1	11	18	Kadın	1
	12	18	Kadın	1
	13	20	Kadın	2
	14	18	Kadın	1
	15	18	Kadın	1
	16	19	Kadın	2
	17	20	Kadın	2
	18	18	Kadın	1
	19	18	Kadın	1
	20	19	Kadın	1

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubu-2 (Pilot Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete)

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
Deney Grubu-2	1	19	Kadın	2
	2	19	Kadın	1
	3	21	Kadın	1
	4	21	Kadın	1
	5	20	Kadın	2
	6	19	Erkek	2
	7	19	Kadın	1
	8	19	Kadın	1
	9	21	Kadın	2
	10	20	Erkek	3
Kontrol Grubu-2	11	18	Kadın	1
	12	18	Kadın	1
	13	18	Kadın	1
	14	18	Kadın	1
	15	20	Kadın	1
	16	19	Kadın	1
	17	19	Kadın	3
	18	21	Kadın	3
	19	21	Kadın	3
	20	18	Erkek	1

Pilot uygulama sürecinde ve sonucunda BDT temelli anksiyete duyarlılığını azaltmaya dönük müdahale programında gerekli düzenlemeler ve eklemeler yapılmıştır. Deney grubu-1 ve deney grubu-2'den izleme ölçümleri alındıktan hemen sonra tekrar bireysel görüşmeler yapılarak müdahale programında “en çok yararlandıkları uygulamalar hangisiydi/hangileriydi, müdahale programında onları rahatsız eden bir uygulama var mıydı, müdahale programının daha iyi olması için eklenmesini önerdikleri noktalar var mı, müdahale programında öğrendikleri şeyler nelerdir ve bunları günlük yaşamlarında nasıl kullanıyorlar, kendilerinde gözlemledikleri anksiyete durumları, anksiyete içerikli düşünceler, anksiyete içerikli ve kaçınmaya dönük davranışlarına yönelik değişimler var mı/varsın bunların neler olduğuna yönelik birtakım sorular sorulmuştur. Katılımcılardan grup liderini de değerlendirmeleri, yaklaşımı ve tarzında onları rahatsız eden noktalar varsa belirtmeleri istenmiştir. Belirtilen ifadeler sonucunda tekrar programda ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Pilot uygulamada ön test, son test ve izleme ölçümü yapılmıştır.

Araştırmacı, pilot uygulama ve asıl uygulama sürecinde bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı teorik bilgilerine ve uygulama becerilerine katkı sağlayacak eğitim ve atölye çalışmalarına (workshop) katılmıştır. Pilot uygulama ve asıl uygulama süresi boyunca bilişsel-davranışçı terapi modeline dayalı bireysel danışmalar yürütmüştür. BDT'ye dayalı yürütmüş olduğu bu bireysel psikolojik danışmalarda müdahale programında da yer alan bilişsel teknikler ve davranışçı tekniklerin etkililiğini sınamıştır.

### 3. 4. 2. Asıl Çalışma

Asıl çalışma için deney ve kontrol gruplarına atanacak üyeleri belirlemek amacıyla 2015-2016 eğitim-öğretim yılı güz yarısında Fatih Eğitim Fakültesi'nin PDR programı hariç çeşitli programlarında okuyan birinci, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerden oluşan toplam 945 kişiye ölçek uygulanmıştır. Uygulanan ölçeklerden 25 tanesi, ölçekleri boş bırakma, eksik doldurma, rastgele doldurma gibi nedenlerle geçersiz sayılmıştır. Uygulanan ölçek takımı *Kişisel Bilgi Formu*, *Kısa Semptom Envanteri*, *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3* ve *Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği*'nden oluşmaktadır. Tablo 7 ve Tablo 8'de ölçek takımının uygulandığı öğrencilerin eğitim fakültesinde okudukları program ve cinsiyete göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 7. Öğrencilerin Okudukları Programa Göre Dağılımı

Programlar	N	%
Sınıf Öğretmenliği	87	9,5
Sosyal Bilgiler Öğretmenliği	137	14,9

Tablo 7'nin devamı

Programlar	N	%
Fen Bilgisi Öğretmenliği	171	18,6
Okulöncesi Öğretmenliği	84	9,1
İşitme Engelliler Öğretmenliği	63	6,8
Türkçe Öğretmenliği	114	12,4
Zihin Engelliler Öğretmenliği	100	10,9
İngilizce Öğretmenliği	30	3,3
Bilgisayar Öğretmenliği	46	5,0
Toplam	920	100,0

Tablo 8. Öğrencilerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	684	72,5
Erkek	236	27,5
Toplam	920	100,0

Asıl uygulamada iki deney ve iki kontrol grubu oluşturulmuştur. Deney ve kontrol gruplarına ait tablolar aşağıda yer almaktadır. Deney grubu-1 ve kontrol grubu-1 anksiyete duyarlılığı puanları yüksek olan kişilerden oluşturulmuştur. Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2 anksiyete duyarlılığı puanları ve sosyal anksiyete puanları yüksek kişilerden oluşturulmuştur. Deney grubu-1 ve deney grubu-2'ye bilişsel davranışçı temelli anksiyete duyarlılığını azaltmaya dönük 10 oturum süren psiko-eğitimsel müdahale programı uygulanmıştır. Grup oturumlarında ses kaydı yapılmıştır. Her oturum sonunda üyelerden o günkü oturumla ilgili eleştiri ve önerilerini isimlerini belirtmeden bir kâğıda yazıp tahtaya yapıştırarak ayrılmaları istenmiştir. Oturumlar 120-140 dakika sürmüştür.

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubu-1 (Asıl Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı)

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
Deney Grubu-1	1	20	Kadın	2
	2	22	Kadın	3
	3	21	Kadın	3
	4	18	Erkek	1
	5	18	Kadın	1
	6	17	Kadın	1
	7	17	Kadın	1
	8	19	Kadın	2
	9	18	Kadın	2

Tablo 9'un devamı

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
	10	20	Kadın	2
	11	18	Kadın	1
	12	19	Kadın	2
	13	20	Kadın	2
	14	18	Kadın	1
Kontrol Grubu-1	15	19	Kadın	1
	16	19	Kadın	1
	17	19	Erkek	2
	18	19	Kadın	1
	19	19	Kadın	2
	20	19	Erkek	1
	21	19	Kadın	1
	22	19	Kadın	1
	23	19	Kadın	1
	24	19	Kadın	2
	25	18	Kadın	1
	26	20	Kadın	1
	27	21	Kadın	1
	28	19	Kadın	1

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubu-2 (Asıl Uygulama- Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete)

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
Deney Grubu-2	1	18	Kadın	1
	2	18	Erkek	1
	3	19	Erkek	2
	4	19	Kadın	1
	5	20	Kadın	2
	6	18	Kadın	1
	7	18	Kadın	1
	8	20	Kadın	1
	9	19	Kadın	2
	10	21	Kadın	2
	11	20	Kadın	3
	12	18	Kadın	1
	13	19	Kadın	2
	14	19	Kadın	1
Kontrol Grubu-2	15	18	Kadın	1
	16	18	Kadın	1
	17	18	Kadın	1
	18	20	Kadın	2
	19	20	Kadın	3
	20	18	Kadın	1
	21	18	Kadın	1
	22	19	Kadın	1
	23	19	Kadın	1
	24	18	Erkek	1

Tablo 10'un devamı

Gruplar	Sıralama	Yaş	Cinsiyet	Sınıf
	25	18	Kadın	1
	26	17	Kadın	1
	27	19	Kadın	2
	28	20	Kadın	2

### 3. 5. Araştırmacı Yeterliği

Bütün gruplar tek danışman tarafından yönetilmiştir. Grupları yöneten danışman lisans ve lisansüstü süreçte psikolojik danışma uygulamalarına ilişkin dersler almış ve süpervizyon altında uygulamalar yürütmüştür. Araştırmacı mesleki süreçte bireyle psikolojik danışma, grupta psikolojik danışma ve psikoeğitsel grup müdahaleleri yürütmüştür. Lisansüstü eğitim sürecinde bilişsel-davranışçı yaklaşıma ilişkin teorik ve uygulamaya dönük beceriler kazanan araştırmacı bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla ilgili çeşitli eğitim ve atölye çalışmalarına katılmıştır (Ek-3). Bu araştırma kapsamında uygulanan deneysel çalışma araştırmacının tez danışmanı Prof. Dr. Hikmet YAZICI süpervizyonluğunda yürütülmüştür.

### 3. 6. Veri Toplama Araçları

#### 3. 6. 1. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)

*Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3)*: Ölçek, özgün ADİ gibi, fiziksel, sosyal ve bilişsel belirtilerden korkma olmak üzere üç alt faktörden oluşmaktadır. Ölçek toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Bu 18 maddeden 5 tanesi orijinal ADİ'de bulunan maddeleri içermektedir. Beşli likert tipi ölçüm sağlayan ölçekte '0' çok az anlamına gelirken '4' çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 0-72 arasındadır. Uygulayıcılardan her bir maddede yer alan ifadelerle ilgili şimdiye kadar ki deneyimlerini dikkate alarak ya da o maddeyle ilgili deneyimi yoksa o durumu yaşamaması halinde nasıl hissedebileceğini düşünerek ilgili ifadeyle ne derecede hemfikir olduğunu belirtmesi istenmektedir. Geçerlik güvenilirlik çalışması Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Fransa, Meksika, Hollanda ve İspanya olmak üzere altı ülkede klinik ve klinik olmayan gruplardan oluşan bir örnekleme yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde 3 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Üç faktörlü yapı tarafından açıklanan toplam varyans %76'dır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı her bir ülke grubu için ayrı ayrı hesaplanmış ve ADİ ile karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Sonuç olarak fiziksel belirtileri değerlendiren alt faktörde güvenilirlik katsayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış, ancak diğer alt

faktörlerdeki cronbach alfa katsayısı ADİ-3'te ADİ'ye göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Taylor vd., 2007'a'dan akt., Mantar, Yemez ve Alkın, 2010, s. 3). Mantar ve diğerleri (2010) toplam 449 katılımcıdan elde edilen verilerle ADİ-3 ölçeğinin cronbach alfa değerini .93 olarak saptamıştır. Bu çalışmada ise pilot ve asıl çalışmanın betimsel kısmında yer alan katılımcılardan elde edilen veriler üzerinde ayrı ayrı cronbach alfa değeri hesaplanmış ve sırasıyla .90 ve .89 bulunmuştur.

### 3. 6. 2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkan SCL-90-R'nin kısa formudur (Savaşır ve Şahin, 1997, s. 116). Belirti tarama listesi (SCL-90-R) özellikle "görünüşte normal" kişilerdeki belirti düzeyini saptamak amacıyla kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik belirti tarama aracı olup son şekline Derogatis (1977) tarafından getirilmiştir (akt., Dağ, 1991, s. 6). Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesindeki dört temel amaç şu şekilde belirtilmiştir: (1) görünüşte "normal" kişilerdeki belirti düzeyini bulma. (2) belirti düzeylerinde meydana gelen değişimleri değerlendirme, (3) klinik açıdan yordamalara yardımcı olma ve (4) psikiyatrik hastaları DSM-III'te belirtilen tanı gruplarına yerleştirmede kolaylık sağlama. Ölçeğin daha çok stresin neden olduğu olumsuz tepkiler şeklinde tanımlanan zorlanma (distress) düzeyini belirlemek amacıyla büyük çaptaki normal örneklemelere uygulandığı gözlenmiştir. Ölçeğin 90 maddesinde ifade edilen belirtilerin her biri, denek tarafından son 15 gün içindeki durum dikkate alınarak "hiç", "çok az", "orta derecede", "oldukça fazla" ve "ileri derecede" Likert tipi bir derecelendirmeye değerlendirilmekte ve sırasıyla 0 ile 4 arasında puanlanarak ölçek puanlarına ulaşılmaktadır (Dağ, 1991). Ölçeğin Türkiye uyarlaması Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek 9 alt ölçek, ek maddeler ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Alt ölçekler: (1) somatizasyon, (2) obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), (3) kişiler arası duyarlılık, (4) depresyon, (5) anksiyete, (6) düşmanlık, (7) fobik anksiyete, (8) paranoid düşünce, (9) psikotizm şeklindedir. Üç global indeksi ise; (1) rahatsızlık ciddiyeti indeksi, (2) belirti toplamı indeksi, (3) semptom rahatsızlık indeksi şeklindedir. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada da uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek olan kısa semptom envanteri elde edilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997). Kısa semptom envanterinin güvenilirliğini tekrarlamak için bu araştırmada, pilot ve asıl çalışmanın betimsel kısmında yer alan katılımcılardan elde edilen veriler üzerinde ayrı ayrı cronbach alfa değeri hesaplanmış ve her iki örnekleme de .95 bulunmuştur.

### 3. 6. 3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği:

Liebowitz'in 1987'de geliştirdiği 13 performans ve 11 sosyal etkileşim durumunu içeren toplam şiddetin yanı sıra performans korkusu, performans kaçınması, sosyal korku ve sosyal kaçınmayı ölçen 24 maddeden oluşan bir ölçektir (Dilbaz, 1997). Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulayan ölçekte her bir alt-ölçekten alınabilecek puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Önerilen kesim puanı her bir alt ölçek için 25 ve toplam puan için 50'dir. Kaygı ve kaçınma alt ölçeği maddeleri için cronbach alfa katsayısı sırasıyla .96 ve .95 tir. Bütün ölçek maddeleri için ise .98'dir (Soykan, Özgüven ve Gençöz, 2003). Bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirliğini tekrarlamak amacıyla pilot ve asıl çalışmanın betimsel kısmında yer alan katılımcılardan elde edilen veriler üzerinde ölçme aracının ayrı ayrı cronbach alfa iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır. Pilot çalışmada kaygı ve kaçınma alt ölçeği maddeleri için cronbach alfa katsayısı .90, bütün ölçek maddeleri için ise .94'tür. Asıl çalışmada ise kaygı ve kaçınma alt ölçeği maddeleri için cronbach alfa katsayısı sırasıyla .91 ve .90; bütün ölçek maddeleri için ise .94'tür.

### 3. 6. 4. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formunda cinsiyet, yaş, sınıf düzeyi, daha önce psikolojik destek alınıp alınmadığı, herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanılıp kullanılmadığı, süregelen bir hastalık durumu olup olmadığı gibi maddeler vardır.

### 3. 7. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri analiz teknikleri olarak tanımlayıcı istatistik teknikleri, Tekrarlı Ölçümler İçin Varyans Analizi, Friedman Testi, Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Bağımsız Örneklem *t* testi, Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ve Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır.

### 3. 8. İzleme Çalışması

İzleme çalışması anksiyete duyarlılığını azaltmaya dönük bilişsel-davranışçı müdahale programı bittikten sonra pilot uygulamada dört ay sonra, asıl uygulamada ise üç ay ve altı ay sonra gerçekleştirilmiştir. Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcılar

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ni belirtilen zaman dilimlerinde doldurmuştur ve izleme çalışması tamamlanmıştır.

### **3. 9. Bilişsel-Davranışçı Temelli Anksiyete Duyarlılığını Azaltma Müdahale Programı**

Çalışmanın genelinde anksiyete duyarlılığı teriminin kullanılması tercih edilmiştir. Fakat oturumlarda anksiyete terimi yerine kaygı, anksiyete duyarlılığı terimi yerine kaygı duyarlılığı terimi tercih edilmiştir. Bunun nedeni kaygı teriminin katılımcıların günlük kullanımda daha aşina oldukları bir kelime olmasıdır.

#### **1. OTURUM**

##### **Amaçlar:**

1. Başlangıç düzeyinde programı tanıtabilme
2. Programın uygulanabilirliğini belirleme (yardım sürecinin rasyoneli)
3. Anksiyete duyarlılığını azaltma amacına dönük üyelerin işbirliği eğilimlerini geliştirebilme [katılım (uygulamalara devam etme), uyum (oturumlarda ve oturum aralarındaki ödev/uygulamalar/etkinliklerin yapılması, terapistle eşit düzeyde işbirliğine açık olma]
4. Programa katılmaya ilişkin beklentilerini belirleyerek, amaç birliğini sağlayabilme (farklı seviyelerde davranış değişimini sağlama)
5. Üyelerin programa katılmaya ilişkin motivasyonunu artırabilme
6. Temel nefes egzersizlerinin yapılması

Süre: 120 dakika

##### **Materyaller**

1. Yaka kartları, toplu iğne, kalem, not defteri
2. Grup kuralları formu (Ek-4)
3. Kişisel amaç belirleme formu (Ek-5)
4. Kendini izleme formu- [Olay/Durum-Düşünce-Duygu-Davranış (Ek-6)]

##### **İşlemler**

1. Tanışma, danışman ve üyelerin kendini tanıtması
2. Grup süreciyle ilgili yapısal ve etik kuralların aktarılması (Grup kuralları formu üyelere dağıtılır)
3. Başlangıç düzeyinde programı tanıtabilme
  - a. Bilişsel modelin (ABC modeli) kaygıyla bağlantılı yaşantılarla ve kaygı duyarlılığı ile ilişki kurularak açıklanması
  - b. Programın içeriğinin açıklanması
    - Başa çıkma becerilerini geliştirme



- Gevşeme eğitimi
  - Maruz bırakma ve davranışsal deneyler
  - Bilişsel yeniden yapılandırma
  - Sosyal beceri eğitimi
4. Kişisel amaç belirleme formunun dağıtılması ve müdahale programına yönelik motivasyon ve beklentilerin değerlendirilmesi
  5. Temel nefes egzersizleri yapılarak doğru nefes almanın öğretilmesi
  6. Ev ödevi formunun dağıtılması (kendini izleme formu). Üyelere verilecek ödevlerin yapılmasının önemi ve mantığının anlatılması
  7. Bir sonraki oturumun ne zaman olacağını belirlenmesi, özetleme ve oturumu sonlandırma

### **Süreç**

Grup sürecinin başında grup lideri kendini tanıtır. Gruptaki üyelere isim kartları dağıtılır. Grubun üyelerinden oturdukları yerden kalkıp grup odasında yürümleri ve yürüken göz teması kurarak ve isimleriyle hitap ederek birbirine selam vermeleri istenir. Daha sonra tanışma etkinliği yapılır. Her üye ikişerli eşleşir ve birbirine kendini tanıtır (isim, hoşlandığı şeyler, nerede büyüdüğü vs.). Daha sonra her üye eşleştiği kişiyi gruba tanıtır.

Grup süreciyle ilgili yapısal ve etik kurallar açıklanarak grup kontratı formu iki nüsha şeklinde üyelere dağıtılır. Üyelere kurallara eklemek istedikleri noktaların olup olmadığı sorulur ve ellerindeki grup kontratı nüshalarını imzalamaları istenir. Müdahale programını tanıtmaya yönelik birtakım bilgiler verilir. Bilişsel model kaygı ve kaygı duyarlılığı ile bağlantı kurularak ve örnek olaylar üzerinden anlatılır. Programın içeriğinde neler yapılacağı hakkında bilgi verilir. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verildikten sonra oturuma devam edilir. Tahtaya üç soru yazılır ve üyelere bu soruları düşünüp cevaplarını paylaşmaları istenir. Tahtaya yazılan sorular aşağıdaki gibidir:

- ✓ Hangi amaçla bu grupta yer almaktayım?
- ✓ Gruba nasıl katkı sağlamak istiyorum?
- ✓ Grubun bana nasıl katkı sağlamasını istiyorum?

Üyelerin paylaşımları alındıktan sonra kişisel amaç belirleme formu üyelere dağıtılır ve formu doldurmaları istenir. Bu form müdahale programına yönelik motivasyon ve beklentilerinin öğrenilmesine katkı sağlar.

Üyelerle birlikte temel nefes egzersizleri yapılarak üyelere doğru nefes alma tekniği öğretilir. Ev ödevi olarak kendini izleme formu üyelere dağıtılır. Ev çalışmasının nasıl yapılacağı, ev ödevlerinin yapmanın neden önemli ve gerekli olduğu üyelere açıklanır.

Daha sonra o günkü oturumun özeti yapılır, üyelerin paylaşımları alındıktan sonra oturum sonlandırılır.

## 2. OTURUM

### Amaçlar:

1. Kaygı duyarlılığının fiziksel belirtilerden korkma, sosyal belirtilerden korkma ve bilişsel belirtilerden korkma boyutlarının incelenmesi ve günlük aktivitelerle ilişkilendirme
2. Kaygı duyarlılığının yükseldiği durumlarda duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkinin incelenmesi
3. Progresif (aşamalı) gevşemenin öğretilmesi

**Süre:** 125 dakika

### Materyaller:

1. Kaygı duyarlılığı formu (Ek-7)
2. Kendini izleme formu [Olay/Durum-Düşünce-Duygu-Davranış (Ek-8)]

### İşlemler:

1. Bir önceki oturum özetiyle üyelerle birlikte yapılması ve ikinci oturumun yapılandırmasının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Isınma etkinliği (benlik inşası ısınma etkinliği)

Bu etkinliğin kullanılmasındaki amaç üyelerin olumlu yönlerine, aktif ve pasif başa çıkma becerilerine yönelik farkındalık kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bireylerin olumlu gördükleri bazı özellikleri esasında bazen bir çeşit pasif ve kaçınmaya dönük başa çıkma tarzı olarak işlev görebilir. Örneğin: Hayır diyemediği için herkese yardım etmek bunu yaparken de kendi duygu ve ihtiyaçlarını yok saymak gibi.

4. Hayali maruz bırakmanın grup içinde uygulanması

Üyelere grup lideri tarafından birtakım yönergeler verilerek kaygılarını yükseltici bir olay düşünmeleri istenir. Bu olayda kaygı belirtilerine olan duyarlılıklarını arttıran düşünce örüntülerini ve içeriklerini hatırlamaları istenir. Kaygılarını tetikleyen bu olayların duygu-düşünce-davranış boyutları grup ortamında tahtaya yazılarak ve çizilerek incelenir.

5. Grup içi maruz bırakma

Gönüllü üyeler seçilerek grubun önünde kaygı uyandırıcı durumu canlandırarak veya anlatarak yeniden deneyimlemeleri istenir. Ardından farklı nasıl tepki verilerse duygu durumlarında bir değişiklik olur sorusu sorularak verebilecekleri tepkiyi canlandırmaları istenir. Buradaki amaç, üyelerin davranış değişince duygunun da değişebileceğini farketmelerini sağlamaktır. İrrasyonel düşüncelerin yerini rasyonel düşünceler aldığı anda bireyler yaşadıkları kaygıyı kontrol altına alabildiklerini farkedebilirler.

6. Kaygı duyarlılığı formu (Ek-7) dağıtılır. Bu formda her üye kaygı duyarlılık düzeylerini yükseltici durumlardaki fiziksel, sosyal ve bilişsel belirtilerden korkma bileşenlerini ve olumsuz duygularını inceler.
7. Progresif (aşamalı) gevşemenin grup içinde uygulanması
8. Kendini izleme formunun dağıtılması (ev ödevi)
9. Özet ve sonlandırma

### **Süreç**

Bir önceki oturumun özeti üyelerle birlikte yapılır. Oturumun gündemi açıklanır ve bir önceki oturumda verilen ev ödevleri gözden geçirilir. Benlik inşası adlı ısınma oyunu (Altınay, 2012, s. 113) oynanır. Bu ısınma oyunu ile üyelerin olumlu yönlerine ilişkin kişisel farkındalıklarını arttırmak amaçlanır. Bunun için üyelerden önce gevşemeleri istenir. Üyelerden gözlerini kapatmaları istenir ve gevşeme müziği eşliğinde hayallerindeki güvenli bölgeye gitmeleri istenir. Kendilerini en rahat, en güvende ve en huzurlu hissettikleri bu bölgeye giderken etraflarına dikkat etmeleri ve daha sonra kendi bedenlerine dikkat etmeleri istenir. Daha sonra üyelerden kendileri ile ilgili olumlu ve iyi hissettiren bir özelliklerini düşünmeleri istenir. Ardından hazır oldukları anda gözlerini açmaları istenir. Üyelere bu özelliklerini düşündükten sonra neler buldukları sorulur. Daha sonra üyeler seçtikleri özelliklerini ve bu özelliklerini nasıl kullandıklarını gruba anlatırlar. Bu özelliğe sahip olmanın nasıl hissettirdiği ile ilgili paylaşımları alınır. Üyelerden gittikleri kendilerine ait güvenli bölgeyi akıllarında tutmaları istenir.

Üyelerden kaygılarını yükseltici bir olay düşünmeleri (hayal etmeleri) istenir. Bu olayla ilişkili duygu-düşünce-davranış boyutlarını tahtada paylaşmaları istenir. Gönüllü üyeler seçilerek grubun önünde kaygı uyandırıcı durumu yeniden deneyimlemeleri ve canlandırmaları istenir. Bu olay karşısında kaygı durumlarını kontrol altına almalarına yardım edecek alternatif nasıl bir tepki verebilirler sorusu sorulur ve alternatif tepkiyi canlandırmaları istenir. Üyelerden kaygılanmadan önce, kaygı anında ve sonrasında kaygıyla ilişkili bedensel durumlarıyla ilgili neler hatırladıkları sorulur ve düşünce içerikleri hakkında bilgi vermeleri istenir. Bu etkinlikten sonra paylaşımlar alınır. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Kaygı duyarlılığı formu üyelere dağıtılır ve formla ilgili açıklamalar grup lideri tarafından yapılır. Her bir üye kaygı duyarlılığı düzeylerini yükselten olay/durumlardaki fiziksel, sosyal, bilişsel belirtilerden korkma bileşenlerini ve olumsuz duygularını inceler. Gönüllü üyelerin paylaşımları alınır.

Gevşeme müziği eşliğinde üyelere yönergeler verilerek progresif (aşamalı) gevşeme grup içinde uygulanır. Uygulamadan sonra üyelerin nasıl hissettikleri sorulur ve gevşeme uygulamalarını hangi durumlarda yapacakları ve gevşeme eğitiminin önemi hakkında

hatırlatıcı bilgi verilir. Üyelere ev ödevi olarak kendini izleme formu dağıtılır ve gerekli açıklamalar yapılır. Üyelere bu günkü oturumda neler hissettikleri, bugün öğrendiklerinin en önemlilerinin neler olduğu ve bugünkü oturumda kendileri ile ilgili neyi fark ettikleri sorulur. Paylaşımları alınır. Oturumun genel özeti yapılarak oturum sonlandırılır.

### 3. OTURUM

#### Amaçlar:

1. Kendini izleme yoluyla otomatik düşüncelere fark ederek düşüncelere meydan okuma
2. Bilişsel yeniden yapılandırma: Otomatik ve irrasyonel düşüncelerin belirlenmesi
3. Üyelerin işlevselliği düşürücü otomatik düşüncelerine inanç derecelerinin incelenmesi
4. Üyelerin anksiyete duyarlılıklarını arttıran otomatik ve irrasyonel düşüncelerini, işlevsiz varsayım ve ara inançlarını keşfetmesi ve başa çıkma tarzlarının farkına varması
5. Hızlı gevşemenin öğretilmesi

**Süre:** 135 dk

#### Materyaller:

1. Düşünce kayıt formu [Olay/Durum-Düşünce-İnanç-Duygu-Sonuç (Ek-9)]

#### İşlemler:

1. Bir önceki oturumun özetinin üyelerle birlikte yapılması ve üçüncü oturumun planının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Baskı çemberi ısınma etkinliğinin yapılması

Bu etkinliğin kullanılmasındaki amaç üyelerin gerçekçi olmayan otomatik düşüncelerinin farkına varması ve otomatik düşünceler karşısında gerçekçi ve rasyonel tarafla değerlendirme yapabilmeyi öğrenmelerine yardım etmektir.

4. Ev ödevleriyle bağlantı kurularak rol oynama yapılması.

Üye diğer rollerdeki üyeleri seçer ve kaygı duyarlılığını yükseltici olay canlandırılır. Bu etkinlikte canlandırma yapan üyelerin kaygı ile ilişkili sosyal, bilişsel ve fiziksel semptomlarını fark ettikleri anda duygu-düşünce-davranış başlıkları altında tahtaya yazmaları istenir. Bu etkinlikte otomatik düşüncelerini ve bunlara ne kadar inandıklarını belirlemeleri istenir (İrrasyonel otomatik düşünceler zihnimizden milisaniyeler içerisinde ve çok hızlı bir şekilde geçer. Buradaki en önemli nokta kaygı duyarlılığının yükseldiği o anda bireyin gerçekçi olmayan bu düşüncelerine olan inanç düzeyidir.). Daha sonrasında alternatif düşünce ve davranışlar incelenir.

5. Hızlı gevşemenin grup içerisinde uygulanması

6. Ev ödevinin verilmesi (Düşünce Kayıt Formu)
7. Özetleme ve sonlandırmanın yapılması

### **Süreç**

Bir önceki oturumun özeti üyelerle birlikte yapılarak oturuma başlanır. Oturumun gündemi açıklanır. Ev çalışmaları gözden geçirilir ve üyelerin paylaşımları alınır. Ardından baskı dairesi adlı etkinlik (Altınay, 2012, s. 139) yapılır. Bu etkinlik BDT'ye uyarlanarak grupta uygulanır. Üyelerden hayatlarında engel olarak gördükleri bir özellik veya bir durumu belirlemeleri istenir. Üyelerden bir daire oluşturmaları istenir. Çalışmada gönüllü grup üyeleri teker teker diğer üyelerin onlara saldırdıkları bir dairenin içine girerler. Bu etkinlikte daire bireylerin hayatlarında onları engelleyen bir şeyi temsil etmektedir. Temsil edilen şey insanlar, sınavlar, aile fertleri, arkadaşlar gibi somut şeyler olabileceği gibi kaygılar, olumsuz düşünceler, öfke, mükemmeliyetçi tutum, kişinin kendisine yüklediği aşırı sorumluluklar, başkalarının aşırı talepkar tutumları, duyguları ifade edememe ve hayır diyememe gibi soyut engeller de olabilir. Engel belirlendikten ve kişi kendini engelleyen şeyin temsilcisi olan dairenin içine girdikten sonra dairenin etrafında engelin sözel boyutunu temsil eden her bir üyenin sözel ifadeleriyle konuşarak ve mücadele ederek engelden kurtulmaya çalışır. Dairenin etrafındaki üyeler ortadaki üyenin engeli rolünü oynar. Dairenin ortasındaki üye olumsuz düşünce ve inançlarını temsil eden dairenin etrafındaki üyelere biliş dünyasının gerçekçi ve mantıklı tarafıyla cevap vermeye çalışır. Bu etkinlik üyelerin özellikle olumsuz düşüncelerini, mantıksız inançlarını yakalamaları ve fark etmeleri açısından oldukça yararlı olabilir. Etkinlik bittikten sonra her üyenin paylaşımları alınır ve kendileriyle ilgili neleri fark ettikleri sorulur. 10 dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Ev ödevleriyle bağlantı kurularak rol oynama yapılır. Gönüllü üyelerden kaygı duyarlılıklarını yükselten bir olayı canlandırmaları istenir. Rol oynama yapacak üye diğer rollerdeki üyeleri seçer ve kaygı duyarlılığını yükseltici olay canlandırılır. Rol oynama yapacak üyelerin özellikle benzer durumlarda benzer kaygıyı yaşayan bireylerden oluşmasına dikkat edilir. Bu etkinlikte rol oynamadaki üyelerin kaygıları yükseldiği anda fark ettikleri sosyal, bilişsel ve fiziksel belirtileri duygu, düşünce, davranış başlıkları altında tahtaya yazmaları istenir. Bu etkinlikte otomatik düşüncelerini ve bunlara olan inanç düzeylerini belirlemeleri istenir. Kaygı duyarlılığının yükseldiği anda bireyin zihninden geçen gerçekdışı ve mantıksız düşüncelere inanç düzeyi duygusal tepkilerinde önemli bir role sahiptir. Etkinliğin sonraki aşamasında ise üyelerden alternatif düşünce ve davranışları canlandırmaları istenir. Üyelerin farkındalıklarına ve etkinliğe ilişkin paylaşımları alınır.

Gevşeme etkinliği için üyelerden gözlerini kapamaları ve rahat bir pozisyonda oturmaları istenir. Üyelere rahatlatıcı müzik eşliğinde hızlı gevşeme yönergeleri verilir. Düşünce kayıt formu ev ödevi olarak verilir ve ödevle ilgili gerekli açıklamalar yapılır. Üyelere bugünkü oturumda neler hissettikleri ve neleri fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Oturumun özetlemesi üyelerle birlikte yapılır ve oturum sonlandırılır.

#### 4. OTURUM

##### Amaçlar:

1. Bilişsel yeniden yapılandırma: Akılcı ve akılcı olmayan düşüncelerin ayrıştırılması
2. Aktif ve pasif başa çıkma tarzlarının keşfedilmesi
3. Üyelerin bilişsel çarpıtmalarını kendi kaygı duyarlılıklarını yükseltici durumları göz önüne alarak fark etmesi

**Süre:** 130 dakika

##### Materyaller:

1. Bilişsel çarpıtmalar formu (Ek-10)
2. Bilişsel çarpıtmaları belirlemeye dönük ev ödevi formu (Ek-11)

##### İşlemler:

1. Önceki oturumun özetinin yapılması ve dördüncü oturumun planının açıklanması
2. Ev çalışmalarının gözden geçirilmesi
3. Düşüncenin her iki tarafını da oynamak adlı etkinliğin yapılması

Bu etkinlikte üyelerin içsel diyalogları incelenerek rasyonel tarafla irrasyonel tarafları konuşturulmuştur. Bu etkinliğin kullanılmasındaki amaç bilişsel yeniden yapılandırma süreçlerinden olan akılcı ve akılcı olmayan düşüncelerin ayrıştırılmasıdır.

4. Yukarıdaki etkinlikle bağlantı kurularak üyelerin aktif ve pasif başa çıkma tarzları incelenmiştir. Üyelerden paylaşımları alınmıştır.
5. Üyelere bilişsel çarpıtmalar formu (Ek-10) dağıtılarak bilgi verildi ve üyelerden kendi yaşantılarıyla bağlantı kurularak paylaşımları alındı. Her üye kullandığı çarpıtmalara yönelik kendi cümleleriyle kısa bir sunum yaptı.
6. Üyelere bilişsel çarpıtmaları belirlemeye dönük ev ödevi formu (Ek-11) dağıtıldı.

Üyelere kaçınmaya dönük pasif başa çıkma mekanizmalarını fark ettikleri anda aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmayı denemelerine dönük ev ödevi verildi (Bu ödevin verilmesinin nedeni bazen davranışı değiştirmek düşüncüyü değiştirmekten daha kolaydır. Davranış değişince düşünce ve inanç da değişir.)

7. Özetleme ve oturumu sonlandırma yapıldı.

##### Süreç

Önceki oturumun özetlemesi üyelerle birlikte yapılır ve oturumun gündemi açıklanır. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Bilişsel yeniden yapılandırma

sürecine yardımcı olan düşüncenin her iki tarafını da oynamak adlı etkinlik (Leahy, 2008, s. 45) uygulanır. İrrasyonel otomatik düşüncelerin keşfedilmesi ve akılcı düşünceleri ile akılcı olmayan düşüncelerin ayrıştırılmasına yardımcı olan bu etkinlikte tüm üyeler aktif rol alır. Bu etkinlikte üyelerin içsel diyalogları (rasyonel taraf ile irrasyonel taraf) konuşurulur. Olumsuz düşünceleri değiştirmek için üyeler düşüncenin her iki tarafını da oynarlar. Başlangıçta üye düşüncenin irrasyonel ve olumsuz tarafında rol alırken danışman diğer üyelere de rol model olması açısından düşüncenin olumlu yani akılcı tarafında rol alır ve düşüncenin akılcı tarafını temsil etmeye gönüllü olan bir üyeye yer değiştirir. Önce olumsuz düşünce sandalyesine geçen her bir üye olumlu/akılcı taraftan bakmaya başladığı an olumlu düşünce sandalyesine geçer. Karşısına ise başka bir üye olumsuz düşünceyi canlandırmak üzere geçer. Bu uygulama dönüşümlü olarak her bir üye tarafından devam ettirilir. Bu etkinlikteki rol değişimlerinin yararı, üyelerin oldukça faydalı bazı olumsuz düşünce sorgulama tiplerini gözlemleyebilmesi ve danışmanın da üyelere hangi akılcı yanıtın daha işe yaradığını ve hangi otomatik düşüncelerin üyeler için zorlayıcı olduğunu belirleyebilmesidir. Etkinlik bittikten sonra tüm üyelerin paylaşımları alınır. Bu oturumda üyelerin düşünce örüntülerinde gözlenen durum şudur: Kaygı duyarlılığı yüksek bireyler, bu durumun sonsuz ve sürekli olacağına dair birtakım çarpık ve dirençli düşünce örüntülerine sahip olabilir. Birey, "*Kaygı belirtilerini zaten yaşayacağım.*" düşüncesi ile birtakım erteleme ve kaçınma davranışları gösterebilir. Birey kaygı uyandıran durumdan kaçındıkça kaygılı bekleyişi eşlik eden bedensel duyumlar ve tekrarlayıcı (rüminatif) düşüncelerle devam eder. Bu durum kaygı döngüsünün devam etmesine neden olur. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Düşüncenin her iki tarafını da oynamak adlı etkinlikle bağlantı kurularak aktif ve pasif başa çıkma mekanizmaları hakkında bilgi verilir. Pasif başa çıkma tarzlarının işlevsellik düzeyi üzerindeki etkisi grup üyeleriyle tartışılır. Üyelerin paylaşımları alınır. Üyelere bilişsel çarpıtmalar formu (Leahy, 2008, s. 26) dağıtılır ve bilişsel çarpıtmalar hakkında bilgi verilir. Üyelerden dağıtılan formu incelemeleri ve kendi bilişsel çarpıtmalarını gözden geçirmeleri istenir. Üyelere genellikle hangi bilişsel çarpıtma türlerini kullandıkları sorulur. Her bir üye kullandığı bilişsel çarpıtmalara yönelik kendi ifadeleriyle kısa bir sunum yapar.

Üyelere bilişsel çarpıtmaları belirlemeye dönük ev ödevi formu (Leahy, 2008, s. 27) dağıtılır. Aynı zamanda, üyelere kaçınmaya dönük pasif başa çıkma mekanizmalarını fark ettikleri anda aktif başa çıkma mekanizmalarını denemelerine dönük davranışsal bir ev ödevi de verilir. Bazen davranışı değiştirmek düşüncüyü değiştirmekten daha kolaydır. Davranış değişince düşünce ve inanç da değişebilir. Davranışsal ödevle amaçlanan üyelerin bunu deneyimlemesidir. Düşünce-davranış-duygular karşılıklı olarak birbirini

etkilerler. Üyelere bugünkü oturumda neler hissettikleri ve neleri fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Üyelerle birlikte oturumun özetlemesi yapılır ve oturum sonlandırılır.

## 5. OTURUM

### Amaçlar:

1. Bilişsel yeniden yapılandırma: Düşüncelere meydan okuma
2. Farklılaştırılmış gevşemenin (diferansiyel gevşeme) öğretilmesi

### Materyaller:

1. Kendi savunma avukatınız rolünü üstlenmek adlı ev ödevi formu (Ek-12)

**Süre:** 135 dakika

### İşlemler:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve beşinci oturumun planının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi

Ev ödevleriyle bağlantı kurularak bir sonraki aşamada uygulanacak etkinlik için üyelere senaryoları alınmıştır.

3. Mahkeme odası tekniğinin (kendi savunma avukatınız rolünü üstlenmek) uygulanması

Bu teknikte üyelerin gerçek durum senaryolarındaki düşünceleri canlandırılmıştır. Bu teknik uygulanırken irrasyonel ve rasyonel düşüncelerin keşfedilerek ayrıştırılması ve düşüncelere meydan okunması süreçleri de uygulanmıştır. Etkinliğin sonunda üyelere farkındalıklarına yönelik paylaşımları alınmıştır.

4. "Kendi savunma avukatınız rolünü üstlenmek" adlı ev çalışması verildi. Üyelere ödevin rasyoneli anlatıldı.

Üyelere pasif başa çıkma mekanizmalarını fark ettikleri anda aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmayı denemelerine dönük ev ödevi verildi. Bu ödev üyelerin grup içinde öğrendiklerini grup dışında da uygulamalarını amaçlamaktadır. Ödev gerçek duruma maruz kalma işlevi de görmektedir.

5. Farklılaştırılmış (diferansiyel) gevşemenin grup içinde uygulanması
6. Özetleme ve oturumu sonlandırma

### Süreç

Üyelerle birlikte önceki oturumun özetlemesi yapılır ve oturumun gündemi açıklanır. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Üyelerin ev ödevleriyle bağlantılı senaryoları oturumda uygulanacak olan *Savunma Avukatı* etkinliğinde rol oynama ile canlandırılacaktır. Üyelerden son oturumdan bu yana geçen bir haftayı düşünerek şu soruyu cevaplamaları istenir: "*Eğer hiç kaygılanmayacağınızı bilseydiniz performans sergilemeniz gereken durumda/durumlarda nasıl davranırdınız?*" Üyelerin paylaşımları alınır. Bilişsel çarpıtmalarla ilgili formda, her bir üye yoğun olarak kullandığını



fark ettiği bir bilişsel çarpıtma seçerek, bu çarpık düşüncenin bilişsel, sosyal, fiziksel ve duygusal etkilerini kendi ifadeleriyle anlatır. Bunu yaparken bir önceki oturumda yapılan etkinliği de düşünerek daha akılcı bir şekilde bu düşünceleri nasıl organize edebilecekleri de sorulur. Üyeleri düşünmeleri için zaman verilir. Burada amaç üyelerin polyannacı bir bakış açısı kazanması değil gerçekçi bir bakış açısıyla rasyonel değerlendirmeler yapabilmesidir. Kaygı düzeyi yükseldikçe bireyler yoğun olumsuz düşünceler eşliğinde ve olay/durumlara yanlı bakmalarına yol açan bir eğilimle tepkiler gösterirler. Genellikle performanslarını küçümseme veya yok sayma eğiliminde olurlar. Gerçekçi değerlendirmeler kaygı ile ilişkili tepkilerini kontrol altına almalarına, kaçınma davranışlarını daha az kullanmalarına, durumla başarılı bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olacak seçenekleri denemelerine yardımcı olur. On dakika çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

*Savunma Avukatı* adlı etkinlik (Leahy, 2008, s. 43-45) uygulanır. Bu etkinlik üyelerin kendilerine ait senaryolar kullanılarak uygulanmıştır. Bu savunma avukatı tekniğinde danışman şu açıklamayı yapar: "Düşüncelerinizi sorgularken, savcının (sizin otomatik düşünceleriniz tarafından oynanan), sizi birkaç gündür, tembel bir başarısız, yeteneksiz, yetersiz, genelde suçlu bir insan olarak etiketleyerek saldırdığı bir mahkemeye getirildiğinizi hayal edin. Şimdi size (sanık), size karşı kullanılan tanıkların ve kanıtların güvenilirliğini ve savcının davasının mantığına çürütme rolü oynayan savunma avukatı görevi veriliyor. Sizden kendi kanıtlarınızı ve kendi lehinize tanıklarınızı sunduğunuz güçlü bir savunma yapmanız bekleniyor. Bir avukat olarak, müvekkilinizin (yani kendinizin) suçsuzluğuna inanmak zorunda değilsiniz. Sadece işinizi ciddiyetle yapmanız gerekmektedir." Profesyonel bir avukat rolü üstlenen üye, kendisini ispat yolu arayan, kanıtları sorgulayan, savcıyla mücadele eden, yani bir avukattan beklenebilecek her şeyi yapan bir role yerleşir. Kalan üyelere hâkim ve savcı rollerine de üyeler seçilir. Bu üyeler birer kişiden daha fazla olabilir. Örneğin üç kişilik bir savcı ekibi oluşturulabilir. Teknik uygulanmaya başlandıktan sonra diğer üyeler savunmalarla avukata veya sorularla savcıya destek olabilirler. Uygulama bittikten sonra üyelere neleri fak ettikleri sorulur ve üyelerin paylaşımları alınır. Ev ödevleriyle bağlantılı olan senaryoları canlandırdıkları bu etkinlik üyelere birtakım yönlerden önemli katkılar sağlar. Üyeler otomatik düşüncelerini sorgulamış olurlar; rasyonel ve irrasyonel düşünceleri keşfederek ayrıştırma fırsatı bulurlar; düşüncelere meydan okurlar. Tüm bu bilişsel süreçler üyelerin olay/durumlara farklı açılardan bakmasına ve alternatif düşünceler geliştirmelerine yardımcı olur. Bazen bireyler diğerlerinden daha aşağıda olduklarına inandıkları için eleştirilmeyi hak ettiklerine ve kendilerini savunmamaları gerektiğine dair sabote edici birtakım düşüncelere sahip olabilirler. Bu etkinlik bu tür düşüncelerin ortaya çıkarılmasında da etkilidir. Ayrıca bu

etkinlik üyelerin grup ortamında, düşüncelerini ve tepkilerini incelemelerine katkı sağlamış olup biliş dünyalarındaki içsel diyaloglarla duygusal ve davranışsal tepkilerini nasıl etkilediklerine dair farkındalık kazanmalarına yardımcı olmuştur.

Kendi savunma avukatınızı oynama adlı ev ödevi formu (Leahy, 2008, s. 57) üyelere dağıtılır. Üyelere pasif başa çıkma mekanizmalarını fark ettikleri anda aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmayı denemelerine dönük davranışsal ev ödevi de verilir. Bu ödev üyelerin grup içinde öğrendiklerini grup dışında da uygulamalarını amaçlamaktadır. Ödev gerçek duruma maruz kalma işlevi de görmektedir.

Üyelerden rahat bir pozisyonda oturmaları ve gözlerini kapatmaları istenir. Rahatlatıcı müzik eşliğinde danışman tarafından farklılaştırılmış (diferansiyel) gevşeme yönereleri verilir. Gevşeme etkinliği bittikten sonra üyelerden hazır olduklarında gözlerini açmaları istenir. Üyelere gevşeme eğitimlerinin mantığı ile ilgili hatırlatıcı bilgiler verilir. Üyelere bugünkü oturumda neler hissettikleri ve neleri fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Üyelerle birlikte oturumun özetlemesi yapılarak oturum sonlandırılır.

## 6. OTURUM

### Amaçlar:

1. Temel kişisel hakların incelenmesi
2. Sosyal beceri alanlarının tanıtılması
3. Duyguların tanınması ve ifadesi
4. Bilişsel yeniden yapılandırma: Yanlış yüklemeler ve öz-kontrol

**Süre:** 130 dakika

### Materyaller:

1. Temel kişisel haklar çalışma kâğıdı (Ek-13)
2. Sosyal olmak temalı soru kartları (Ek-14)
3. Sosyal beceri analizi kâğıdı (Ek-15)
4. Duygu kartları (Ek-16)

### İşlemler:

1. Bir önceki oturumun özetinin üyelerle birlikte yapılması ve oturum planının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Temel kişisel haklar kâğıdının incelenmesi

Üyelere sahip oldukları bu kişisel haklardan hangisini/hangilerini en az kullandıkları sorulur ve paylaşımları alınır. Üyelerin paylaşımlarından yola çıkılarak yanlış yüklemeleri de incelenmeye çalışılır.

4. Sosyal beceri eğitiminin bir parçası olarak üyelerden ayağa kalkmaları ve ikişerli eşleşerek 3 dakika boyunca konuşmadan karşısındaki kişiyle göz kontağı

kurmaları istenir. 3 dakika dolduktan sonra sosyal becerilerden selamlama, sohbeti başlatma, uygun süreli göz kontağı kurma, ismiyle hitap etme gibi becerileri sergileyerek bir 3 dakika daha birbiriyle iletişim kurmaları istenir. Etkinliğin sonunda üyelere paylaşımları alınır.

5. Üyelere sosyal olmak temalı soru kartları dağıtılır ve grup önünde her üyenin kendi cümleleriyle kısa bir sunum yapması istenir. Bu sunumları yaparken grubun diğer üyeleriyle göz teması kurmaları söylenir.
6. Üyelere sosyal beceri analizi formları dağıtılır. Gerekli açıklamalar danışman tarafından yapıldıktan sonra üyelere paylaşımları alınır.
7. Duygu kartları her bir üyeye dağıtılır. Her üye herhangi bir sözel ifade kullanmadan elindeki duyguyu grup önünde canlandırır.

Yapılan tüm etkinliklerde üyelerin kaygı duyarlılıklarının yükseldiği anda zihinlerinden geçen irrasyonel düşünceleri fark edip rasyonel taraflarını kullanmayı denemeleri ifade edilir.

8. Temel kişisel haklarını kullanma ve sosyal becerilerini sergilemeye dönük ev ödevi verilir.

Üyelerden gerçek hayatta maruz kaldıkları kaygı durumlarında kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını gözlemlenmeleri istenir.

9. Özetleme ve oturumu sonlandırma

### **Süreç:**

Üyelerle birlikte önceki oturumun özetlemesi yapılır ve oturumun gündemi açıklanır. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Temel kişisel haklar kâğıdı üyelere dağıtılır ve temel kişisel haklarını incelemeleri istenir. Danışman tarafından temel kişisel haklar ile ilgili gerekli açıklamalar yapılır. Üyelere sahip oldukları bu kişisel haklardan hangisini/hangilerini en az kullandıkları sorulur. Mükemmeliyetçi tutumlardan ve bireylerin kendilerine karşı olan cezalandırıcı tutumlarından bahsedilir ve üyelerin paylaşımları alınır. Üyelere bugünkü tüm etkinliklerde hata yapma haklarını sonuna kadar kullanmaları söylenir. Üyelerden kendilerinin rahat bırakmaları, bu rahatlığı yaşamaları ve hissetmeleri istenir. Etkinlikler sırasında kaygı duyarlılığı düzeyleri yükseldiği anda bunu normal seviyeye indirmeye çalışmaları, bunu yaparken de durup düşünme ve zaman harcama haklarının olduğu ifade edilir.

Üyelere sosyal becerilerle ilgili kısa bir açıklama yapıldıktan sonra üyelere ayağa kalkmaları ve ikişerli eşleşerek üç dakika boyunca hiç konuşmadan birbiriyle göz teması kurmaları istenir. Üç dakika bittikten sonra bu sefer selamlama ve sohbeti başlatma becerilerini kullanarak birbiriyle sohbet etmeleri ve ihtiyaç duydukları soruları karşı tarafa sormaları istenir. Bunun için de üyelere üç dakikalık bir zaman verilir. Etkinliğin sonunda

üyelerden paylaşımları alınır. Üyelere sosyal becerilerle ilgili soruların yer aldığı soru kartları dağıtılır ve her bir üyeden seçtiği soruya yönelik kendi ifadeleriyle kısa bir sunum yapması istenir. Sunum esnasında kişisel haklarını kullanabilecekleri, hata yapma haklarının olduğu ve grup odasını istedikleri gibi kullanarak sunumlarını yapabilecekleri söylenir. Bu etkinlik üyelerin kaygı duyarlılıklarını ve kaygı düzeylerini yükselten grupta maruz bırakma işlevi de görmektedir. Çünkü üyelere spontan bir sunum yapmaları istenir. Danışman sunum yapacaklarını söylediği anda "sesim titreyecek", "kızarcayım", "saçmalayayım", "kelimeleri unutayım", "konuşamayayım", "hiçbir şey yapamayayım" gibi olumsuz otomatik düşüncelerini fark eden üyeler bunları grupta paylaşmıştır. Danışman, bu tür düşünceleri en yoğun hisseden üyenin hemen kendini grup ortamında maruz bırakarak gerçeği test etmesini ister. Gönüllü üyeler ayağa kalkarak sunumu gerçekleştirir. Danışman, hata yapma haklarının olduğunu ve bunu kullanmalarını hatırlatır hatta kasıtlı olarak hata yaparak bunu deneyimleyebileceklerini söyler. Danışman sunum yapan her bir üyeden dinleyici rolündeki diğer üyelerle göz teması kurmasını, gerektiğinde sorular sormasını, sunum yaparken grup odasına da göz gezdirmesini yani etrafına dikkat etmesini ve olup bitenleri de farketmeye çalışmasını ister. Sunum yapan üyeler sunumun sonunda, sunum öncesi, sunum sırası ve sunum sonrası düşüncelerini değerlendirir. Sunum öncesi felaket içerikli düşüncelerinin gerçekliğini ve bu düşüncelerin gerçek yaşamdaki deneyimlerle bağlantısını değerlendirirler. Üyelerden paylaşımları alınır. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Üyelere sosyal beceri analizi formu dağıtılır. Her bir üyeden kendini sosyal açıdan analiz etmesi istenir. Gönüllü üyelere paylaşımları alınır. Danışman elindeki duygu kartlarından her bir üyenin bir tane seçmesini ve kartındaki duyguyu sessiz sinema şeklinde canlandırmasını ister. Yapılan tüm etkinliklerde üyelere kaygı duyarlılıkları yükseldiği anda zihinlerinden geçen irrasyonel düşünceleri fark edip rasyonel taraflarını kullanmayı denemeleri istenir. Etkinliğin bitiminde üyelere paylaşımları alınır. Üyelere bir hafta boyunca temel kişisel haklarını kullanacakları ve sosyal becerileri sergileyecekleri uygulamalar yapmaları ev ödevi olarak verilir. Ayrıca gerçek hayatta maruz kaldıkları kaygı durumlarında kullandıkları başa çıkma mekanizmalarını gözlemlemeleri ve grupta öğrendiklerinden hareketle kaygı duyarlılıkları yükseldiğinde bu durumu kontrol altına almaya çalışmaları söylenir. Bunu yaparken aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmayı denemeleri belirtilir. Üyelere bu günkü oturumda neler hissettikleri, kendileriyle ilgili neyi fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Oturumun özetlemesi üyelerle birlikte yapılır ve oturum sonlandırılır.

## 7. OTURUM

### Amaçlar:

1. Sosyal beceri alanlarının tanıtılması
2. Atılgan, saldırgan ve atılgan olmayan (çekingen) davranışların tanıtılması

**Süre:** 135 dakika

### Materyaller:

1. İltifat alma ve verme ile ilgili senaryo kartları (Ek-17)
2. Hayır demeyeyle ilgili senaryo kartları (Ek-18)
3. Atılgan, saldırgan ve atılgan olmayan davranışlarla ilgili çalışma kâğıdı (Ek-19)
4. Atılgan, saldırgan ve çekingen davranışlara yönelik kendini izleme formu (Ek-20)

### İşlemler:

1. Bir önceki oturum özetinin üyelerle birlikte yapılması ve yedinci oturumun planının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Sosyal beceri eğitiminin bir parçası olarak iltifat alma ile ilgili senaryo kartları üyelere dağıtılır. Üyeler ikişerli eşleşir ve rol oynama yapılır.

Bu etkinlikler sosyal becerilere yönelik bir davranış provası olmasının yanı sıra aynı zamanda grup içinde maruz bırakmanın bir uygulamasıdır. Etkinlik esnasında duygu durumu yükselen üyelerin bunu fark etmeleri, yaşadıkları fiziksel belirtilere dikkat etmeleri ve bunların hemen öncesinde zihinlerinden geçen gerçekçi olmayan düşüncelerini yakalamaları istenir.

4. Atılgan, saldırgan ve atılgan olmayan davranışlarla ilgili çalışma kağıdının üyelere dağıtılması ve paylaşımlarının alınması
5. Sosyal beceri eğitiminin bir parçası olarak hayır demeyeyle ilgili senaryo kartlarının üyelere dağıtılması

Üyeler ikişerli eşleştirilir. Rol oynama yapılır. Etkinliğin sonunda üyelerden paylaşımları alınır.

6. Kendini izleme formunun üyelere dağıtılması (Ek-20)
7. Özetleme ve oturumu sonlandırma

### Süreç

Bir önceki oturumun özetlemesi üyelerle birlikte yapılır ve oturumun gündemi belirtilir. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Üyeler ikişerli eşleştirilir ve iltifat almayla ilgili senaryo kartları dağıtılır. Rol oynama yapılır. Olumlu duygularını ifade etmede zorluk yaşayan üyelerden iltifat eden tarafta olmaları; iltifat almayla ilgili sorun yaşayan, iltifat aldığı anda utanan, mahcup hisseden üyelerin ise iltifat

edilen taraf da yer almaları söylenir. Etkinliğin sonunda üyelerin paylaşımları alınır. Bazı üyeler etkinlik esnasında zorlandıklarını ve mahcup hissettiklerini ifade etmiştir.

Üyelere atılğan, atılğan olmayan ve saldırgan davranışlarla ilgili çalışma kâğıdı dağıtılır. Her bir üyeden atılğan, atılğan olmayan ve saldırgan davranışlarını kendi ifadeleriyle grup önünde analiz etmesi istenir. Sırası gelen üye ayağa kalkarak kendisiyle ilgili kısa bir sunum yapar. Sunum esnasında kaygı duyarlılığını ve kaygıyı deneyimleyen üyeler olmuştur. Bu durumla aktif başa çıkmalarına yardım edecek birtakım dönütler verilmiştir. Etkinliğin bitiminde üyelerden paylaşımları alınır. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Danışman tarafından hayır demenin önemi, hayır demeye ilgili zorluklar ve hayır demeyi engelleyen kişisel algılarla ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra üyelerin paylaşımları alınır. Üyelere sosyal beceri eğitiminin bir parçası olan hayır demeye ilgili senaryo kartları dağıtılır. Bu senaryo kartları davranışsal deneylere örnektir. Üyelerden bir önceki etkinlikte eşleştikleri kişiden farklı olacak şekilde ikişerli eşleşmeleri istenir. Bir önceki etkinlikte olduğu gibi bu etkinlikte de doğaçlama becerilerini kullanarak rol oynama yapmaları istenir. Bu etkinlikte bir taraf aşırı ısrarcı bir tavır sergilerken, hayır diyen tarafın net bir şekilde, göz kontağını sürdürerek, kısa bir açıklama veya özür bildirerek hayır demesi istenir. Etkinlikte zorlanan üyelerden zorlandıkları noktalarla ilgili paylaşımları alınır ve denemeye devam etmeleri belirtilir. Bu etkinlikte istek ve ihtiyaçlarını dile getirmekte zorlanan bireyler ısrarcı tarafta, hayır demekte zorluk çeken üyeler de hayır diyen tarafta yer alır. Etkinlik sonunda herbir üyeden canlandırdığı senaryoya, düşünce ve duygu durumlarına yönelik paylaşımları alınır.

Üyelere atılğan, saldırgan ve atılğan olmayan davranışlara yönelik kendini izleme formu ev ödevi olarak verilir. Aynı zamanda sosyal becerileri kullanmaya ve kaygı duyarlılıklarını yükselten bir olay/durum yaşadıklarında aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmaya dönük davranışsal ev ödevi de tekrar verilmiştir. Üyelere bu günkü oturumda neler hissettikleri ve kendileriyle ilgili neleri fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Üyelerle birlikte oturumun özetlemesi yapılır ve oturum sonlandırılır.

## **8. OTURUM**

### **Amaçlar:**

1. Olumlu atılğanlık becerilerini geliştirme
2. Üyelerin çekingen veya saldırgan davranma yoluyla kullandıkları pasif başa çıkma mekanizmalarının farkına varmalarını sağlama

**Süre:** 135 dakika

### **Materyaller:**

1. Senaryo kartları [Başkasından bize rahatsızlık veren davranışını değiştirmesini isteyebilme- (Ek-21)]
2. Senaryo kartları [Otorite figürleri karşısında uygun atılganlık becerilerini sergileyebilme- (Ek-22)]
3. Atılgan, saldırgan ve çekingen davranışlara yönelik kendini izleme formu (Ek-20)

#### **İşlemler:**

1. Bir önceki oturum özetinin üyelerle birlikte yapılması ve sekizinci oturumun planının açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Senaryo kartları üyelere dağıtılır (Ek-21),

Bu etkinlikte tüm üyeler aktif rol alır. Üyelerden zorlandıkları noktalar ve paylaşımları alınır.

4. Senaryo kartları üyelere dağıtılır (Ek-22),

Bu etkinlikte tüm üyeler aktif rol alır. Üyelerden zorlandıkları noktalar ve paylaşımları alınır.

Yukarıda uygulanan her iki etkinlik aynı zamanda grup içinde maruz bırakma ve aktif başa çıkma becerilerinin öğrenilmesine yönelik davranışsal deneylerdir.

5. Ev çalışması: Atılgan, saldırgan ve çekingen davranışlara yönelik kendini izleme formu (Ek-20)

Üyelerden bir sonraki oturuma kadar kaygı duyarlılıklarını yükseltici durumlar karşısında hazırbulunuşluklarını dikkate alarak aktif başa çıkma davranışlarını kullanmaları istenir.

6. Özetleme ve oturumu sonlandırma

#### **Süreç**

Bir önceki oturumun özetlemesi üyelerle birlikte yapılır ve oturumun gündemi belirtilir. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Başkasından bize rahatsızlık veren davranışını değiştirmesini isteyebilme temalı senaryo kartları üyelere dağıtılır. Üyelerin kartlarda yer alan senaryoları canlandırmaları istenir. Üyelere yaşamış oldukları gerçek bir senaryoları varsa onu da canlandırabilecekleri söylenir (örneğin, yurttan yüksek sesle müzik dinleyen oda arkadaşından müziğin sesini kısmasını isteme gibi). Üyelerden rol oynamada yer alacak diğer üyeleri de gönüllü üyeler arasından seçmeleri istenir. Her bir üye rol oynama yaptıktan sonra üyelere hangi noktalarda zorlandıkları sorulur ve paylaşımları alınır. Gerçek hayatta bu tür bir durumla karşılaştıklarında nasıl davranmayı planladıkları sorulur. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Otorite figürleri karşısında uygun atılganlık becerilerini sergileyebilme temalı senaryo kartları üyelere dağıtılır. Bir önceki etkinlikte olduğu gibi bu etkinlik de bütün üyelerin aktif

rol aldığı bir etkinliktir. Her bir üye gönüllü üyeler arasından seçtiği kişilerle birlikte kendi senaryosunu canlandırır. Üyeler doğaçlama becerilerini kullanmaları konusunda teşvik edilir. Üyelere rol oynama sırasında zorlandıkları noktaların neler olduğu sorulur ve paylaşımları alınır. Geçek hayatta bu tür bir durumla karşılaştıklarında nasıl davranmayı planladıkları sorulur. Yukarıda uygulanan her iki etkinlik grup içinde maruz bırakma ve aktif başa çıkma becerilerinin öğrenilmesine yönelik davranışsal deneylerdir. Bu tür davranışsal deneyler, üyelerin harekete geçerek ve performanslarını sergileyerek irrasyonel olumsuz düşüncelerini ve felaketleştirmelerini test etmeleri için fırsatlar sağlar. Hata yapmaktan, topluluk önünde küçük düşmekten, bedensel duyularının felaketle sonuçlanmasından, duygu ve düşüncelerini ifade etmekten korkan bireyler, davranışsal deneyler ve maruz bırakma uygulamaları ile yaptıkları hataların felaket boyutunda olmadığını, topluluk önünde zannettikleri gibi aşağılanmadıklarını ve küçük düşmediklerini, bedensel duyularının felaketle sonuçlanmadığını aksine belli bir noktadan sonra bu tür duyuları kontrol altına alabildiklerini, duygu ve düşüncelerini ifade etmenin onları iyi hissettirdiğini test ederek görme imkanı bulurlar. Maruz bırakma uygulamaları da bu açılardan üyelere önemli avantajlar sağlar. Bu tür uygulamalar üyelerin farkındalık geliştirmesine ve aktif başa çıkma becerilerini güçlendirmesine yardımcı olur.

Üyelere atılgan, saldırgan ve çekingen davranışlarına yönelik kendini izleme formu ev ödevi olarak verilir. Üyelerden bir sonraki oturuma kadar kaygı duyarlılıklarını yükseltici durumlar karşısında aktif başa çıkma davranışlarını kullanmayı denemeleri istenir. Üyelere bugünkü oturumda neler hissettikleri ve kendileriyle ilgili neyi fark ettikleri sorularak paylaşımları alınır. Üyelere iki oturum sonra grup sürecinin sonlandırılacağı hatırlatılır. Üyelerle birlikte oturumun özetlemesi yapılır ve oturum sonlandırılır.

## **9. OTURUM**

### **Amaçlar:**

1. Grup sürecinde öğrenilenleri gözden geçirme
2. Üyeleri sonlandırmaya hazırlama

**Süre:** 140 dakika

### **Materyaller:**

1. Mental kırıcı çalışma kâğıdı (Ek-23)
2. Geçmiş deneyimlerin yeniden yorumlanması formu (Ek-24)
3. Bilişsel çarpıtmalar formu (Ek-10)
4. Otomatik düşüncelerin sorgulanması formu (Ek-25)
5. "DURR" başlıklı form (Ek-26)
6. Değişimin avantajları ve dezavantajları formu (Ek-27)



### İşlemler:

1. Önceki oturumun özetinin üyelerle birlikte yapılması ve dokuzuncu oturum planının grup lideri tarafından açıklanması
2. Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
3. Mental kırıcı adlı form (Ek-23) üyelere dağıtılır. Üyelerin paylaşımları alınır.

Kaygı duyarlılığı, aktif ve pasif başa çıkma mekanizmaları, otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalarla ilgili üyelerin grup süreci boyunca öğrendikleri ve farkındalıklarına yönelik paylaşımları alınır.

4. Geçmiş deneyimlerin yeniden yorumlanması adlı form üyelere dağıtılır (imajinasyon çalışması). Üyelerin paylaşımları alınır.
5. Üyelere daha önce dağıtılmış olan bilişsel çarpıtmalar formu dağıtılır. İşlevsiz düşünce ve inançların keşfedilmesi, tartışılması ve ayrıştırılması ile ilgili etkinlik için her üyenin bir bilişsel çarpıtma seçmesi istenir. Gönüllü bir üyenin ortaya geçmesi istenir. Otomatik düşüncelerin sorgulanması adlı form verilerek uygulama gerçekleştirilir.
6. Hızlı gevşemenin grup içinde uygulanması
7. Üyelere kendilerini kaygı duydukları gerçek durumlara maruz bırakarak aktif başa çıkma mekanizmalarını kullanmalarına yönelik ev ödevi verilir.
8. Özetleme ve oturumun sonlandırılması

### Süreç

Bir önceki oturumun özeti üyelerle birlikte yapılır ve danışman tarafından oturumun gündemi belirtilir. Hareketli bir müzik açılır ve üyelerden göz teması kurma, selamlaşma gibi birtakım sosyal becerileri kullanarak müzik eşliğinde hareket etmeleri istenir. Bu etkinlik üyelerin modlarını yükseltmek ve oturumun başında ısınmalarını sağlamak amacıyla yapılır. Ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Bu doğrultuda üyelere aşağıdaki sorular sorulur:

- ✓ Kaygı duyarlılıklarını yükselten ya da kendilerini maruz bıraktıkları herhangi bir olay yaşadılar mı? Bu durumla nasıl başa çıktılar? Yüksek kaygı duyarlılıklarını kontrol etmeyle ilgili ileriye yönelik planlamaları nasıldır?
- ✓ Atılgan, saldırgan ve çekingen davranışlarıyla ilgili ev ödevi formuna neleri kaydettiler?

Mental kırıcı adlı form üyelere dağıtılır, danışman tarafından gerekli açıklamalar yapılır ve üyelerin paylaşımları alınır. Üyelerden gözlerini kapatmaları ve rahat bir pozisyonda oturmaları istenir. Rahatlatıcı müzik eşliğinde hızlı gevşeme uygulanır. Ardından hayalinde canlandırma (imajinasyon) çalışmasına geçilir. Daha sonra üyelerden kaygı duyarlılık düzeylerini yükselten bir olay/durum/anılarını hatırlamaları istenir.

Üyelerden bu olayı şimdi ve burada yaşıyormuş gibi hayal etmeleri istenir. Danışman tarafından aşağıdaki yönergeler verilir:

- ✓ Kaygı içerikli düşüncelerinizi hatırlayın ve bu düşünceleri zihninize not edin.
- ✓ Bu olay/durum/aniya ilişkin bilişsel çarpıtmalarınız nelerdir?
- ✓ Olayla nasıl başa çıktınız?
- ✓ Nasıl hissediyorsunuz?
- ✓ Olayı yapıcı ve işlevsel bir şekilde yeniden yorumlamanızı isteseydim bunu nasıl yapardınız?
- ✓ Hangi olumlu başa çıkma mekanizmalarını kullanabilirsiniz? Düşünün.
- ✓ Bütün bunları yaparken güçlü olduğunuzu ve başarabileceğinizi aklınıza sık sık getirin. Olumlu özelliklerinizi ve başardığınız hedeflerinizi düşünün (Üyelerin olumlu özellikleri ve başarılı oldukları durumlar önceki seanslarda çalışılmıştır. Dolayısıyla burada üyelerin zihinlerine getirdikleri olumlu özellikler ve başarıları gerçek bir referans noktasına sahiptir.).
- ✓ Birisine/birilerine söylemeniz gereken bir şey varsa gidip ona söylediğinizi düşünün. Neler söylersiniz?
- ✓ Yeniden yorumlamalarınızı yapın ve başa çıkma mekanizmalarınızı harekete geçirin.

Bu etkinlikte üyelerden 2. oturumdan hatırladıkları güvenli bölgelerine gitmeleri istenir. Etkinlik sırasında olumsuz duyguları yükseldiğinde ve kendilerini baskı altında hissettiklerinde bu güvenli bölgeye dönebilecekleri söylenir. Etkinliğin sonunda üyelerden güvenli bölgeye geri döndüklerini hayal ederek hazır olduklarında gözlerini açmaları istenir. Yüksek kaygı duyarlılığına yönelik geçmiş deneyimlerin yeniden yorumlanması adlı form üyelere dağıtılır. Yapılan hayalinde canlandırma (imajinasyon) çalışmasındaki deneyimlerini ilgili bölüme yazmaları istenir. On dakikalık çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir.

Bilişsel çarpıtmalar formu üyelere dağıtılır. Gönüllü iki üye etkinlik için grubun ortasına geçer (ortaya bir üye de geçebilir). Ortaya geçen iki üyeye otomatik düşüncelerin sorgulanması ve "DURR" başlıklı form verilir. Etkinlik gerçekleştirilir. Ortadaki üye/üyeler dairenin etrafındaki otomatik düşüncelerini (dairenin etrafındaki üye/üyeler ortadaki üye/üyelerin kaygı duyarlılıklarını yükselten olay/durumdaki otomatik düşüncelerini canlandırır) sorgular. Daha sonra gönüllü üyelerden ortaya geçmek isteyenlerle devam edilir. Etkinliğin sonunda üyelerin paylaşımları alınır. Bu etkinlikte üyelerle ilgili şu durum gözlenmiştir: Psikoeğitimsel grup sürecinin 3. oturumunda uygulanan baskı etkinliği esnasında üyeler kolaylıkla olumsuz/işlevsiz/çarpıtılmış düşünceleri ortadaki üyeye söyleyebilirken, bu oturumda olumsuz otomatik düşünce bulmakta zorlanmışlardır. Bu

durumla ilgili üyelerin paylaşımları alındığında söyleyecekleri olumsuz otomatik cümlelerin mantıksız olduğunu belirtmişlerdir. Bu olumlu bir değişimin göstergesidir. Bu durum üyelerin olumsuz otomatik düşüncelerine olan inanç düzeylerinin azaldığını gösterir. Otomatik düşünceler bireylerin zihninden milisaniyeler içinde mekanik bir şekilde geçer. Fakat bu düşünceler bazı bireylerin işlevselliğini ve duygu durumunu etkilemezken bazı bireylerin işlevsellik düzeyini azaltır ve kaygı, korku, öfke, çaresizlik gibi olumsuz duygu durumlara yol açar. Bu düşüncelerin etkili olup olmayacağını belirleyen şey ise bireyin bu düşüncenin doğruluğuna olan inanç düzeyidir. "DURR" başlıklı formun üyelere kalacağı belirtilir ve üyelere bu formu görebilecekleri bir yere asmaları istenir. Kaygı ile ilişkili belirtilerden korku duydukları zaman bu ifadeleri kendilerini söylemeleri/hatırlatmaları istenir.

Üyelere değişimin avantajları ve dezavantajları adlı form (Ek-27) ev ödevi olarak verilir ve gerekli açıklamalar yapılır. Üyelerin kaygı duyarlılıklarını yükselten gerçek bir duruma kendilerini maruz bırakmaları davranışsal ev ödevi olarak verilir. Bugünkü oturumda neler hissettikleri ve kendileriyle ilgili neyi fark ettikleri üyelere sorulur ve paylaşımları alınır. Üyelerle birlikte oturumun özetlemesi yapılır. Bir sonraki oturumun sonlandırma oturumu olduğu üyelere hatırlatılır. Oturum sonlandırılır.

## 10. OTURUM

### Amaçlar:

1. Üyelerin bilişsel süreçlerindeki değişimleri değerlendirme
2. Üyelerden kaygı duyarlılığı düzeylerindeki değişime yönelik değerlendirmelerini ve farkındalıklarına ilişkin paylaşımlarını alma
3. Geleceğe ilişkin planlamalar ve yansımalar yapma

### Materyaller:

1. Kişisel amaç belirleme formu (Ek-5)
2. Değişimin avantajları ve dezavantajları formu (Ek-27)
3. Hikâye

**Süre:** 140 dakika

### İşlemler:

1. Bir önceki oturumun özetinin üyelere birlikte yapılması ve onuncu oturum planının grup lideri tarafından açıklanması
2. Hikâye okunarak üyelerin paylaşımlarının alınması

Onuncu oturumda kullanılan bu hikâye üyelerin işlevsiz inanç ve düşüncelerinin, pasif başa çıkma tarzlarının performans, geleceğe yönelik hedef ve kendilerine yönelik algılarını nasıl etkilediğini fark etmeleri açısından yarar sağlamaktadır. Ayrıca hikâyede kaygılar taş metaforu kullanılarak sembolize edilmiştir.

3. Grupta öğrenilenlerin her bir üye tarafından özet ve değerlendirmesinin yapılması
4. Grup süreci sonlanmasından sonra üyelerin kaygı duyarlılıkları yükseldiğinde nasıl davranacaklarına yönelik planlamalarının belirlenmesi
5. Her bir üyenin grup sürecine yönelik bir sayfalık değerlendirme yazması
6. Üyelerin gruptan olumlu duygularla ayrılması için "sevgi bombardımanı" adlı etkinliğin uygulanması
7. Genel bir özet, vedalaşma ve sonlandırma

### **Süreç:**

Bir önceki oturumda neler yapıldığı üyelerle birlikte gözden geçirilir ve danışman tarafından bu oturumda neler yapılacağı belirtilir. Psikoeğitsel grup sürecinin genel bir özetlemesi üyelerle birlikte yapılır. Hareketli müzik eşliğinde ısınma etkinliği yapılır. Bunun için üyelerden göz teması, selamlama becerileri ve iletişimi başlatma becerilerini kullanmaları istenir. Bunu yaparken ikişerli eşleşip 30-60 saniye bir üyeye iletişim kurduktan sonra bir diğer üyeye aynı etkinliği yapmaları istenir. Bunu bu grup ortamında son kez yapacakları hatırlatılır. Etkinlik bittikten sonra ev ödevleri gözden geçirilerek üyelerin paylaşımları alınır. Üyelerden değişimin avantajları ve dezavantajları ile ilgili paylaşımlarını da ifade etmeleri istenir.

"Taş" adlı hikâye (Yurtsever, 2014, s. 123) okunur. Üyelerden hikâyede yer alan taş metaforunu yorumlamaları istenir. Üyelerin paylaşımları alınır. Grupta öğrenilenlerin özet ve değerlendirilmesi amacıyla 1. oturumda üyelere dağıtılmış olan ve doldurmuş oldukları kişisel amaç belirleme formu üyelere dağıtılır. Her bir üyeye kendi formu verilerek gözden geçirmesi istenir.

Her bir üyeye boş bir sayfa verilir ve bu sayfaya kişisel değerlendirmelerini yazmaları istenir. Bu değerlendirmeyi yazarken üyelerin aşağıdaki ifadeleri de düşünerek paylaşımlarını yazabilecekleri ifade edilir.

- ✓ Üyelerin kaygı duyarlılıklarına yönelik elde ettikleri ve ulaştıkları hedefler, kazanımlar, değişimler, sonuçlar
- ✓ Başlangıçtaki amaçlarla süreç boyunca ve son oturumda ulaştıkları durum/amaçlar arasındaki ilişki ve farklılıklar
- ✓ Üyelerin geliştirdikleri aktif başa çıkma mekanizmaları var mı? Varsa nelerdir?
- ✓ Grubun diğer üyelerinden ne öğrendiler ve grup onlara ne sağladı? Gruba ne kattılar?
- ✓ Grup yaşantısı ve programın etkisi ile ilgili değerlendirmeleri nelerdir?

Grup süreci sonlandıktan sonra kaygı duyarlılık düzeyleri yükseldiği durumlarda üyelerin nasıl davranacaklarına ilişkin planlamaları hakkında konuşulur. Üyelerin

paylaşımları alınır. Çay, kahve ve ihtiyaç molası verilir. Üyelerle birlikte grup sonlandırma pastası kesilir.

Sevgi bombardımanı adlı sonlandırma etkinliği yapılır. Üyelerden grup fotoğrafını çekip zihinlerine kaydetmeleri, kaygı duyarlılık düzeyleri yükseldiğinde grubu ve öğrendiklerini zihinlerinde canlandırmaları istenir. Sevgi bombardımanı adlı etkinlik yapılırken grup halka şeklinde oturur ve diğerlerinden farklı renkteki bir sandalye grubun oluşturduğu halkaya yerleştirilir. Model olması açısından ilk olarak danışman sandalyeye geçer ve kendi paylaşımlarını gruba ifade eder. Daha sonra her bir üye sandalyeye geçerek ortalama 3-5 dakikalık bir sürede, grup sürecine, farkındalıklarına ve kendilerindeki olumlu değişimlere yönelik paylaşımlarını ifade ederler. Gruptan olumlu duygularla ayrılımlarını sağlayacak geri bildirimleri belirtmeleri istenir.

Danışman tarafından üyelerin elde ettikleri olumlu sonuçlar vurgulanarak bireylerin başarabilirlik inançları desteklenir. Grupta konuşulanların gizliliğinin grup süreci sonlandırıldıktan sonra da devam ettiği danışman tarafından hatırlatılır. Genel bir özetleme ve değerlendirme yapılır. Vedalaşılır ve grup süreci sonlandırılır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde anksiyete duyarlılığını azaltmaya yönelik bilişsel-davranışçı müdahale programının etkililiğinin sınanmasına ilişkin önce pilot daha sonra ise asıl çalışma bulgularına yer verilmektedir.

### 4. 1. Pilot Çalışma

#### 4. 1. 1. Pilot Uygulamaya Ait Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri

Tablo 11'de pilot uygulamada yer alan deney ve kontrol gruplarının anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyete ön test, son test ve izleme testlerinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistik bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

Grup	N	Yaş Ort.	Ölçüm	Anksiyete Duyarlılığı					Sosyal Anksiyete				
				Ort.	Ortanca	Ss	Çarpıklık	Basıklık	Ort.	Ortanca	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Deney 1	10	19.2	Ön test	23.1	22.5	5.09	.95	.20	35.4	39.0	11.98	-1.07	.004
			Son test	14.6	15.5	10.29	.54	-.18	22.8	23.0	13.54	.02	-1.02
			İzleme	12.8	13.0	9.39	-.02	-1.94	20.3	13.5	16.59	.61	-1.27
Kontrol 1	10	18.6	Ön test	22.1	21.5	6.37	.65	.62	38.9	40.0	10.03	-.40	-1.44
			Son test	26.5	31.0	11.68	-.62	-1.18	45.4	44.0	18.50	.82	1.16
			İzleme	22.4	21.0	8.87	.42	-.93	39.6	43.0	11.61	-.30	-1.79
Deney 2	10	19.8	Ön test	25.0	26.0	5.60	-.90	.12	69.0	67.5	13.79	.29	-1.41
			Son test	17.8	15.5	6.40	.98	-.22	44.7	43.0	14.60	.02	.49
			İzleme	16.2	14.5	5.16	1.37	.72	35.3	34.5	14.29	.04	-1.16
Kontrol 2	10	19	Ön test	23.1	22.0	5.28	.62	.32	65.2	66.5	8.07	.44	.43
			Son test	25.6	26.5	4.25	-.41	-.85	64.9	61.0	11.21	.79	-.75
			İzleme	24.4	22.0	6.64	.28	-2.06	57.7	59.0	11.79	-.28	-1.21
Deney 1 ve Kontrol 1	20	18.9	Ön test	22.6	22.0	5.63	.62	.16	37.1	39.5	10.90	-.82	-.18
			Son test	20.5	18.0	12.33	.06	-1.36	34.1	32.5	19.58	.67	.93
			İzleme	17.6	18.0	10.16	.04	-.54	29.9	30.5	17.10	-.24	-1.33
Deney 2 ve Kontrol 2	20	19.4	Ön test	24.05	24.0	5.38	-.15	-.72	67.1	66.5	11.17	.57	-.49
			Son test	21.7	21.5	6.23	-.16	-1.39	54.8	55.5	16.37	-.21	.13
			İzleme	20.3	18.0	7.15	.62	-.947	46.5	47.0	17.16	-.26	-.76

AD ön test ortalamaları deney grubu-1 için 23.1 (Ss=5.09), kontrol grubu-1 için 22.1 (Ss=6.37); deney grubu-2 için 25.0 (Ss=5.60) ve kontrol grubu-2 için 23.1 (Ss=5.28)' dir. AD son test ortalamaları deney grubu-1 için 14.6 (Ss=10.29), kontrol grubu-1 için 26.5 (Ss=11.68); deney grubu-2 için 17.8 (Ss=6.40) ve kontrol grubu-2 için 25.6 (Ss=4.25)' dir. AD izleme puan ortalamaları deney grubu-1 için 12.8 (Ss= 9.39), kontrol grubu-1 için 22.4 (Ss=8.87); deney grubu-2 için 16.2 (Ss=5.16) ve kontrol grubu-2 için 24.4 (Ss=6.64)' tür.

Uygulama grupları oluşturulurken sosyal anksiyete puanları, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nin (LSKÖ) kesme puanı (kesme puanı=50) dikkate alınmış ve bu puanın altında kalan katılımcılar Deney grubu-1 ve Kontrol Grubu-1 gruplarına, kesme puanının üzerinde kalanlar ise Deney Grubu-2 ve Kontrol Grubu-2 gruplarına dahil edilmişlerdir. Sosyal anksiyete ön test puan ortalaması deney grubu-1 için 35.4 (Ss=11.98), kontrol grubu-1 için 38.9 (Ss=10.03); deney grubu-2 için 69.0 (Ss=13.79) ve kontrol grubu-2 için 65.2 (Ss=8.07)' dir. Sosyal anksiyete son test puan ortalaması deney grubu-1 için 22.8 (Ss=13.54), kontrol grubu-1 için 45.4 (Ss=18.50); deney grubu-2 için 44.7 (Ss=14.60) ve kontrol grubu-2 için 64.9 (Ss=11.21)' tür. Sosyal anksiyete izleme testi puan ortalaması deney grubu-1 için 20.3 (Ss=16.59), kontrol grubu-1 için 39.6 (Ss=11,61); deney grubu-2 için 35.3 (Ss=14.29) ve kontrol grubu-2 için 57.7 (Ss=11.79)' dur.

Dağılımın normalliğini değerlendirmek için çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Kaynaklar normal bir dağılımın çarpıklık ve basıklığına ilişkin farklı değer aralıkları belirtmektedir. Kline'a (2011) göre normal bir dağılımda çarpıklık değeri  $|3|$  'ten küçük, basıklık değeri ise  $|8|$  'den küçük olmalıdır. Byrn'a (2010) göre ise üçten büyük basıklık değerleri dağılımın normal olmadığını gösterir. Tablo 11 incelendiğinde çarpıklık değerlerinin -1.07 ila 1.37 arasında, basıklık değerlerinin ise -2.06 ila 1.16 arasında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla yukarıda yer alan verilerin normal olarak dağıldığı değerlendirilmiştir.

Yapılan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'in AD ön test puanları ( $t=.388$ ,  $p>.05$ ) ve sosyal anksiyete ön test puanları ( $t= -.708$ ,  $p>.05$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'nin AD ön test puanları ( $t=.781$ ,  $p>.05$ ) ve sosyal anksiyete ön test puanları ( $t=.752$ ,  $p>.05$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

#### 4. 1. 2. Bilişsel Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

##### 4. 1. 2. 1. Anksiyete Duyarlılığı Yüksek Grup İçin (Deney-1 ve Kontrol-1) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

Müdahale programının anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümler testi için varyans analizi varsayımlarının deney grubu-1 ve kontrol grubu-1 için karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla sırasıyla şu test değerlerine bakılmıştır. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Box's  $M=1.837$ ,  $F_{(6, 2347.47)}=.25$ ,  $p>.05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Daha sonra küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) sonuçlarına bakılmış ( $W=.92$ ,  $\chi^2(2)=1.47$ ,  $p>.05$ ) ve küresellik varsayımının sağlandığı görülmüştür. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermektedir ( $p>.05$ ).

Anksiyete duyarlılığı puanları açısından deney-1 ve kontrol-1 grubunun ön-test, son-test, izleme ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla tekrarlı ölçümler için ANOVA analiz tekniği kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Deney-1 ve Kontrol-1 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası						
Grup	700.42	1	700.42	4.75	.04*	.21
Hata	2655.50	18	147.53			
Gruplar içi						
Ölçüm (Ön-Son-İzleme)	252.70	2	126.35	2.80	.07	.14
Ölçüm*Grup	473.43	2	236.72	5.24	.01*	.23
Hata (Zaman)	1625.20	36	45.14			

\* $p<.05$

Yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizi sonucunda grup etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(1, 18)}=4.75$ ,  $p<.05$ ,  $\eta_p^2=.21$ ). Diğer bir ifadeyle deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı puan ortalamaları arasında, ölçüm zamanları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark vardır.

Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının ön test, son test ve izleme ölçümlerindeki puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $F_{(2, 36)}=5.24$ ,  $p<.05$ ,  $\eta_p^2=.23$ ). Bu bulguya göre deney grubu-1'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişim kontrol grubu-1'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişimden,



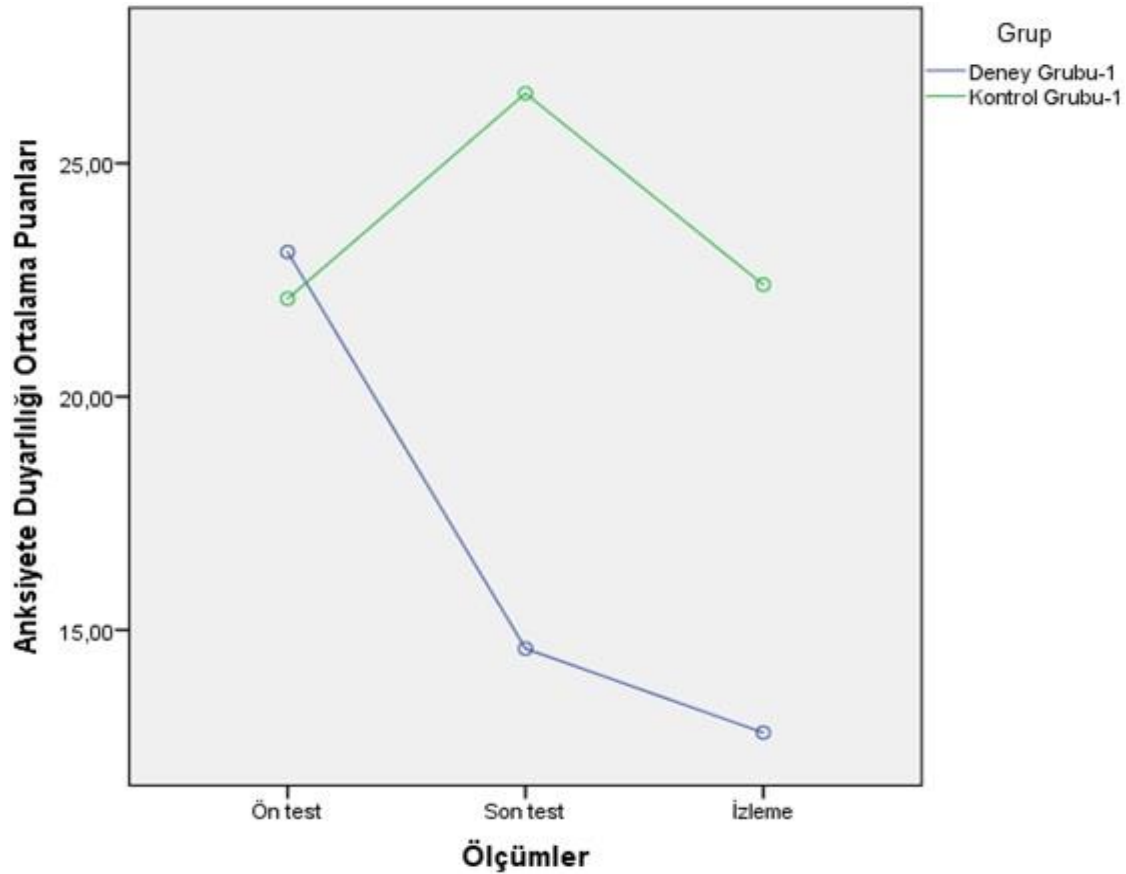
deney grubu-1 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-1'in anksiyete duyarlılığı düzeyi kontrol grubu-1'e göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Müdahalenin etki büyüklüğüne ilişkin kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değerinin .23 olduğu görülmektedir. Etki büyüklüğü .00 ila 1.00 arasında değer alır ve .01, .06 ve .14 düzeyindeki kısmi eta kare değerleri sırasıyla küçük, orta ve geniş etki büyüklüğü olarak belirtilir (Cohen, 1988, s. 284-287; Green ve Salkind, 2013, s. 174, 191). Buna dayalı .23 düzeyindeki  $\eta_p^2$  değeri geniş etki büyüklüğü olarak değerlendirilebilir. Anksiyete duyarlılığına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla küresellik varsayımını sağlayan deney grubu-1 ( $W=.87$ ,  $\chi^2(2)=1.09$ ,  $p>.05$ ) ve kontrol grubu-1'e ( $W=.93$ ,  $\chi^2(2)=6$ ,  $p>.05$ ) Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Bonferroni varyansların eşit olması durumunda kullanılabilen çoklu karşılaştırma testlerindedir (Field, 2013). Bonferroni, eşit gözlem sayısı ilkesini gerektiren Tukey ile benzer sonuçlar vermektedir (Kayri, 2009). Gruplar arası farkı ve bu farkın anlamlılık seviyesini I. tip ve II. tip hata çeşitlerinden maksimum arınık bir şekilde sonuçlandırabildiği (Miller, 1981) için bu çalışmada Bonferroni çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Deney Grubu 1		Kontrol Grubu 1	
		Son Test	İzleme	Son Test	İzleme
Deney Grubu 1	Ön Test	8.50*	10.30*		
	Son Test		1.80		
Kontrol Grubu 1	Ön Test			-4.40	-.30
	Son Test				4.10

\* $p<.05$

Bonferroni testi sonuçlarına göre, deney grubu-1'de bulunan katılımcıların ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=23.10$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=14.60$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=8.50,  $p<.05$ ) ve ön test puan ortalaması ile 4 aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=12.80$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=10.30,  $p<.05$ ) anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Deney grubu-1'in son test puan ortalaması ile izleme testi ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Bu bulguya dayalı olarak müdahale programının etkisinin dört aylık süre sonrasında da devam ettiği belirtilebilir. Kontrol grubu-1'de bulunan katılımcıların ise ön test, son test ve izleme testi ölçüm noktalarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>.05$ ). Deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'in ön test, son test ve izleme ölçümlerindeki anksiyete duyarlılığı puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 1'de sunulmuştur.



Grafik 1. Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grafik 1'de bilişsel-davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-2'nin son test ölçümündeki anksiyete duyarlılığı puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği ve müdahale programının etkisinin dört ay sonra da devam ettiği görülmektedir.

#### 4. 1. 2. 2. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Düzeyi Yüksek Grup için (Deney-2 ve Kontrol-2) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

Tekrarlı ölçümler için varyans analizinin varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için bazı test değerleri incelenmiştir. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark yoktur (Box's  $M=8.291$ ,  $F_{(6, 2347.47)}=1.13$ ,  $p>.05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Daha sonra küresellik testi (Mauchly's Test of Sphericity) sonuçlarına bakılmış ( $W=.47$ ,  $\chi^2(2)=12.75$ ,  $p<.05$ ) ve küresellik varsayımı sağlanmadığından Greenhouse-Geisser Epsilon ( $\epsilon=.66$ ) düzeltilmesinden yararlanılmıştır. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermektedir ( $p>.05$ ).

İşlem yapmak için tekrarlı ölçümlerde ANOVA analiz tekniği kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı		KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası							
Grup		331.35	1	331.35	5.16	.04*	.22
Hata		1156.30	18	64.24			
Gruplar içi							
Ölçüm (Ön-Son-İzleme)	Greenhouse-Geisser	143.63	1.31	109.71	4.77	.03*	.21
Ölçüm*Grup	Greenhouse-Geisser	327.10	1.31	249.85	10.85	.002*	.38
Hata (Zaman)	Greenhouse-Geisser	542.60	23.57	23.03			

\*p<.05

Tabloda görüldüğü gibi yapılan analizler sonucunda grup etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(1, 18)}=5.16$ ,  $p<.05$ ,  $\eta_p^2=.22$ ). Diğer bir ifadeyle deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı puan ortalamaları arasında, ölçüm zamanları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

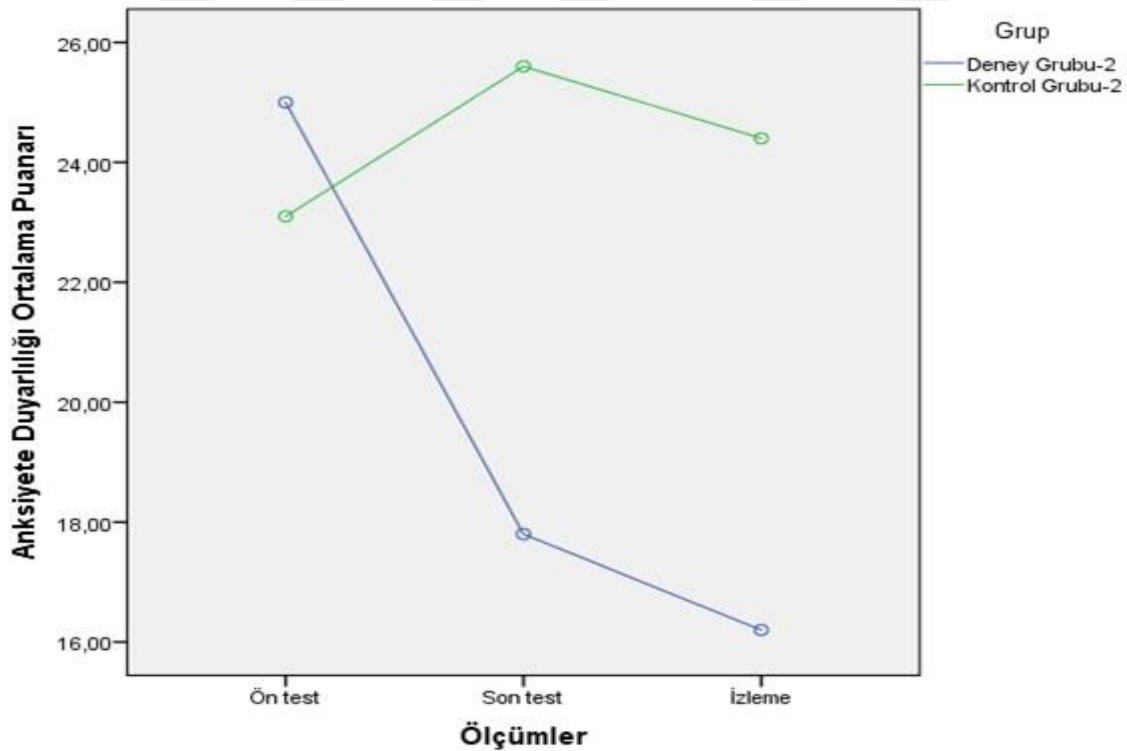
Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının ön test, son test ve izleme ölçümlerindeki puan ortalamaları arasında da anlamlı fark tespit edilmiştir ( $F_{(1.31, 23.57)}=10.85$ ,  $p<.01$ ,  $\eta_p^2=.38$ ). Bu bulguya göre deney grubu-2'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişim kontrol grubu-2'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişimden, deney grubu-2 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-2'nin anksiyete duyarlılığı düzeyi kontrol grubu-2'ye göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Ortak etkinin anlamlı olması, uygulanan müdahale programının deney grubundaki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahalenin kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değeri .38 düzeyindedir. Buna dayalı olarak müdahalenin etki büyüklüğünün geniş olduğu söylenebilir. Deney grubu-2 anksiyete duyarlılığı puanları açısından küresellik varsayımını sağladığı için ( $W=.55$ ,  $\chi^2(2)=4.84$ ,  $p>.05$ ) anksiyete duyarlılığına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla Post-Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Kontrol grubu-2'ye ait ölçüm noktalarında ise anksiyete duyarlılığı ortalama puanları açısından herhangi bir fark yoktur ( $p>.05$ ). Deney grubu-2'ye ait bulgular Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Deney Grubu 2	
		Son Test	İzleme
Deney Grubu 2	Ön Test	7.20*	8.80*
	Son Test		1.60

\*p<.01

Bonferroni testi sonuçlarına göre, deney grubu-2'de bulunan katılımcıların ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=25.00$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=17.80$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=7.20,  $p<.05$ ) ve ön test puan ortalaması ile dört aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=16.20$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=8.80,  $p<.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Deney grubu-2'in son test puan ortalaması ile izleme testi puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark yoktur (Fark ortalaması=1.60,  $p>.05$ ). Bu bulguya dayalı olarak müdahale programının etkisinin altı aylık bir süre sonrasında da devam ettiği belirtilebilir. Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'in ön test, son test ve dört aylık izleme ölçümlerindeki anksiyete duyarlılığı puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 2'de sunulmuştur.



Grafik 2. Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grafik 2'de bilişsel davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-2'nin son test ölçümündeki anksiyete duyarlılığı puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği, müdahale programının etkisinin dört ay sonra da devam ettiği görülmektedir.

Bilişsel-davranışçı müdahale programının sosyal anksiyete üzerindeki etkililiğini belirlemek amacıyla seçilen analiz tekniğinin varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla bazı işlemler yapılmıştır. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark yoktur (Box's M= 4.553,  $F_{(6, 2347.47)} = .62$ ,  $p > .05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Küresellik testi (Mauchly's Test of Sphericity) sonuçlarına göre ( $W = .80$ ,  $\chi^2(2) = 3.73$ ,  $p > .05$ ) küresellik varsayımı sağlanmaktadır. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu ortaya koymaktadır ( $p > .05$ ).

İstatistiksel işlemlerin yapılmasında tekrarlı ölçümler için ANOVA analiz tekniği kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Sosyal Anksiyete Ön-test, Son-test ve İzleme Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası						
Grup	2509.07	1	2509.07	13.78	.002*	.43
Hata	3276.53	18	182.03			
Gruplar içi						
Ölçüm (Ön-Son-İzleme)	4293.93	2	2148.47	14.99	.00**	.45
Ölçüm*Grup	2112.13	2	1056.07	7.37	.002*	.29
Hata (Zaman)	5158.27	36	143.29			

\* $p < .01$  \*\* $p < .001$

Yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizi sonucunda grup etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(1, 18)} = 13.78$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .43$ ). Diğer bir ifadeyle deney-2 ve kontrol-2 gruplarının sosyal anksiyete puan ortalamaları arasında, ölçüm noktaları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark vardır.

Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının ön test, son test ve izleme ölçümlerindeki puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $F_{(2, 36)} = 7.37$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = .29$ ). Bu bulguya göre deney grubu-2'deki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerindeki değişim kontrol grubu-2'deki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerindeki değişimden, deney grubu-2 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-2'nin sosyal anksiyete puanları kontrol grubu-2'ye göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Ortak etkinin anlamlı olması, uygulanan müdahale programının deney grubundaki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahalenin geniş bir etki büyüklüğüne sahip olduğu söylenebilir ( $\eta_p^2 = .29$ ). Deney Grubu-2 ( $W = .78$ ,  $\chi^2(2) = 2.02$ ,

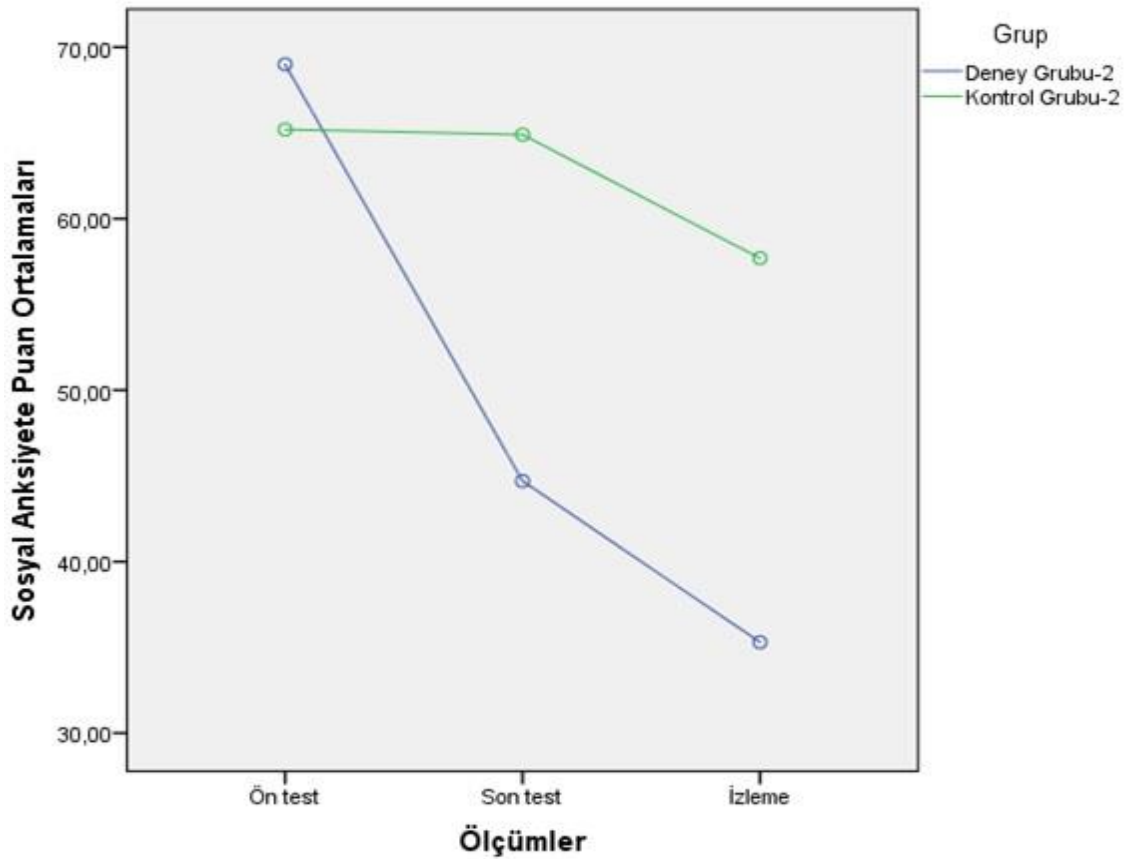
$p > .05$ ) ve kontrol grubu-2 ( $W = .74$ ,  $\chi^2(2) = 2.42$ ,  $p > .05$ ) sosyal anksiyete puanları açısından küresellik varsayımını sağladığı için sosyal anksiyete düzeyine ilişkin farkın kaynağını incelemek amacıyla deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'ye Post-Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Sosyal Anksiyete Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Deney Grubu 2		Kontrol Grubu 2	
		Son Test	İzleme	Son Test	İzleme
Deney Grubu 2	Ön Test	24.30*	33.70*		
	Son Test		9.40		
Kontrol Grubu 2	Ön Test			.30	7.50
	Son Test				7.20

\* $p < .01$

Yapılan analiz sonucuna göre deney grubu-2'nin ön test puan ortalaması ile ( $\bar{X} = 69.00$ ) son test puan ortalaması ( $\bar{X} = 44.70$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması = 24.30) ve ön test puan ortalaması ile dört aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X} = 35.30$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması = 33.70) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Deney grubu-2'nin son test puan ortalaması ile izleme testi puan ortalaması (Fark ortalaması = 9.40) arasında ise anlamlı fark yoktur ( $p > .05$ ). Bu bulguya dayalı olarak müdahale programının etkisinin müdahale bittikten dört ay sonra da devam ettiği söylenebilir. Kontrol grubu-2'ye ait ölçüm noktalarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ( $p > .05$ ). Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'nin sosyal anksiyete ön test, son test ve izleme testi puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 3'te sunulmuştur.



Grifik 3. Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının sosyal anksiyete öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grifik 3'te bilişsel davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-2'nin son test ölçümündeki sosyal anksiyete puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği ve müdahale programının etkisinin dört ay sonra da devam ettiği görülmektedir. Kontrol grubu-2'nin ön test, son test ve izleme testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

#### 4. 1. 3. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete İlişisini Ortaya Koyan Bulgular

Araştırmada ADİ-3'ün bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi hangi düzeyde yordadığını belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını tespit etmek amacıyla bazı test değerlerine bakılmıştır. Bunun için öncelikle pilot çalışmaya ait verilerin normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığını sınamak amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Araştırma grubunun çarpıklık ve basıklık değerlerinin 00.00 ila 1.96 arasında değiştiği görülmüştür. Bu durumda verilerin normal bir dağılım sergilediğine karar verilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin yüksek olup olmadığını belirlemek amacıyla

korelasyon değerlerine ve yordayıcı değişkenler arasındaki ilişkiyi belirleyen istatistiklere (collinearity statistics) bakılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin .24-.64 arasında değiştiği ve yordayıcı değişkenler arasındaki ilişkilerin .80'den küçük (.53 ila .64 arasında) olması nedeniyle çoklu bağlantılılık problemi bulunmadığı görülmüştür. Regresyon analizinde tolerans (tolerance) değeri ve varyans büyütme faktörü (VIF) de yordayıcı değişkenler arasındaki çoklu korelasyon hakkında bilgi vermektedir. Bu veri setinde tolerans değerleri .02'den büyük (.52 ila .63 arasında) ve VIF değerleri 10'dan küçük (1.61 ila 1.93 arasında) olduğu için çoklu korelasyon problemi olmadığı anlaşılmıştır. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik bilgileri ve korelasyon değerleri Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. ADİ-3'ün Alt Ölçekleri ile Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, Aralık ve Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	Ort.	Ss	Aralık
1. Adi 3-Bilişsel	1				5.55	4.83	0-27
2. Adi 3-Fiziksel	.64**	1			4.93	4.97	0-23
3. Adi 3-Sosyal	.57**	.53**	1		4.31	4.15	0-20
4. Sosyal Anksiyete	.34**	.24**	.40**	1	42.87	23.02	0-144

\*\*p<.001

Sosyal anksiyetenin yordanma düzeyine ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Sosyal Anksiyete Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	B	Sh	Beta ( $\beta$ )	t	p	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	p
Sabit	31.35	1.26		24.87	.00**	.43	.18	.18	51.87	.000
ADİ 3-Bilişsel	.89	.23	.19	3.95	.00**					
ADİ 3-Fiziksel	-.22	.21	-.05	-1.01	.31					
ADİ 3-Sosyal	1.77	.24	.32	7.42	.00**					

\*\*p<.001

Anksiyete duyarlılığına ait bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi hangi düzeyde yordadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ve sosyal anksiyetede toplam varyansın %18'ini açıkladığı (R=.43, R<sup>2</sup>=.18,  $\Delta R^2$ =.18) tespit edilmiştir (F<sub>(3, 706)</sub>=51.87, p<.001). Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre yordayıcı değişkenlerin sosyal anksiyete üzerindeki göreceli önem sırası, ADİ 3-Sosyal belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta$ =.32), ADİ 3-Bilişsel belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta$ =.19) ve ADİ 3-Fiziksel belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta$ =-.05)' dir. Regresyon katsayılarının



anlamlılık testleri göz önünde bulundurulduğunda, yordayıcı değişkenlerden ADİ 3-Sosyal belirtilerden korkma ( $p<.001$ ) ve ADİ 3-Bilişsel belirtilerden korkma bileşeninin ( $p<.001$ ) modele katkısının anlamlı olduğu; ADİ 3-Fiziksel belirtilerden korkma bileşeninin ( $p>.05$ ) modele katkısının anlamlı olmadığı saptanmıştır.

## 4. 2. Asıl Çalışma

### 4. 2. 1. Asıl Uygulamaya Ait Tanımlayıcı İstatistik Bilgileri

Tablo 20’de asıl uygulamada yer alan deney ve kontrol gruplarının ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 testlerinden elde ettikleri anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyete puanlarına ilişkin betimsel istatistik bilgilerine yer verilmiştir.

Tablo 20. Deney ve Kontrol Gruplarının Farklı Ölçüm Zamanlarındaki Tanımlayıcı İstatistik Değerleri

Grup	N	Yaş Ort.	Anksiyete Duyarlılığı						Sosyal Anksiyete				
			Ölçüm	Ort.	Ortanca	Ss	Çarpıklık	Basıklık	Ort.	Ortanca	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Deney 1	14	18.93	Ön test	25.43	26.50	6.96	-.34	-.97	43.21	45.50	5.87	-1.19	.51
			Son test	16.14	17.00	8.80	.29	-.28	31.14	30.50	12.79	-.40	-.82
			İzleme-1	17.71	16.50	7.12	1.25	1.65	33.07	32.50	9.46	.37	-.38
			İzleme-2	14.86	13.50	11.03	1.47	2.22	29.36	31.00	13.12	-.06	-1.25
Kontrol 1	14	19.14	Ön test	21.43	19.00	7.77	1.93	2.84	37.21	39.50	9.50	-.61	-.51
			Son test	28.93	28.00	8.33	-.11	.07	43.14	46.00	14.62	-.04	-.78
			İzleme-1	25.07	25.50	9.80	.16	-.84	45.29	42.50	15.00	-.22	-.66
			İzleme-2	26.93	27.50	9.84	-.26	.58	43.00	40.00	19.10	.47	-.70
Deney 2	14	19	Ön test	24.21	22.50	7.79	.60	-.36	73.64	72.50	14.94	.25	-.80
			Son test	14.07	11.00	6.86	1.40	1.17	42.29	40.50	21.38	.21	-.21
			İzleme-1	14.14	11.50	8.77	.54	-.93	35.50	31.00	12.06	.22	-.38
			İzleme-2	13.86	9.50	9.81	.47	-1.22	35.07	33.00	15.67	.16	-.39
Kontrol 2	14	18.57	Ön test	22.43	20.00	8.46	.80	-.50	74.71	73.00	11.95	.97	.44
			Son test	31.07	33.00	10.06	-.29	.78	77.93	78.50	16.16	-.42	.17
			İzleme-1	28.14	29.50	8.54	-.53	-.60	79.79	77.50	17.99	.01	-.79
			İzleme-2	28.07	32.00	9.03	-1.17	.23	73.14	68.50	19.01	.86	.13
Deney 1 ve Kontrol 1	28	19.04	Ön test	23.43	20.50	7.51	.74	-.51	40.21	42.00	8.33	-1.04	.40
			Son test	22.54	23.00	10.64	-.02	-.59	37.14	40.00	14.80	.01	-.39
			İzleme-1	21.39	19.00	9.20	.68	-.45	39.18	38.50	13.79	.42	-.54
			İzleme-2	20.89	21.00	11.96	.31	-.80	36.18	37.00	17.51	.64	.12
Deney 2 ve Kontrol 2	28	18.79	Ön test	23.32	21.50	8.03	.63	-.64	74.18	73.00	13.29	.44	-.42
			Son test	22.57	22.50	12.10	.45	-.82	60.11	62.50	25.99	-.30	-.73
			İzleme-1	21.14	20.50	11.09	-.02	-1.21	57.64	55.00	27.10	.32	-1.00
			İzleme-2	20.96	22.50	11.75	-.21	-1.47	54.11	55.00	25.84	.37	-.12

Tablo 20'de deney ve kontrol gruplarının ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümleri için anksiyete duyarlılığı (AD) ve sosyal anksiyete puan ortalamaları, standart sapma değerleri ile çarpıklık ve basıklık katsayıları sunulmuştur. AD ön test ortalamaları deney grubu-1 için 25.43 (Ss=6.96), kontrol grubu-1 için 21.43 (Ss=7.77); deney grubu-2 için 24.21 (Ss=7.79) ve kontrol grubu için 22.43 (Ss=8.46)' tür. AD son test ortalamaları deney grubu-1 için 16.14 (Ss=8.80), kontrol grubu-1 için 28.93 (Ss=8.33); deney grubu-2 için 14.07 (Ss=6.86) ve kontrol grubu-2 için 31.07 (Ss=10.06)' dir. AD izleme-1 puan ortalamaları deney grubu-1 için 17.71 (Ss=7.12), kontrol grubu-1 için (25.07 (Ss=9.80); deney grubu-2 için 14.14 (Ss=8.77) ve kontrol grubu-2 için 28.14 (Ss=8.54)' tür. AD izleme-2 puan ortalamaları deney grubu-1 için 14.86 (Ss=11.03), kontrol grubu-1 için 26.93 (Ss=9.84); deney grubu-2 için 13.86 (Ss=9.81) ve kontrol grubu-2 için 28.07 (Ss=9.03)' dir.

Deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'e sosyal anksiyete puanları Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)' nde kesme puanının (kesme puanı=50) altında kalan katılımcılar dahil edilirken deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'ye sosyal anksiyete puanları LSAÖ'de kesme puanının üzerinde olan katılımcılar dahil edilmiştir. Sosyal anksiyete ön test puanları deney grubu-1 için 43.21 (Ss=5.87), kontrol grubu-1 için 37.21 (Ss=9.50); deney grubu-2 için 73.64 (Ss=14.94) ve kontrol grubu-2 için 74.71 (Ss=11.95)' dir. Sosyal anksiyete son test puanları deney grubu-1 için 31.14 (Ss=12.79), kontrol grubu-1 için 43.14 (Ss=14.62); deney grubu-2 için 42.29 (Ss=21.38) ve kontrol grubu-2 için 77.93 (Ss=16.16)' tür. Sosyal anksiyete izleme testi-1 puanları deney grubu-1 için 33.07 (Ss=9.46), kontrol grubu-1 için 45.29 (Ss=15.00); deney grubu-2 için 35.50 (Ss=12.06) ve kontrol grubu-2 için 79.79 (Ss=17.99)' dur. Sosyal anksiyete izleme testi-2 puanları deney grubu-1 için 29.36 (Ss=13.12), kontrol grubu-1 için 43.00 (Ss=19.10); deney grubu-2 için 35.07 (Ss=15.67) ve kontrol grubu-2 için 73.14 (Ss=19.01)' tür.

Bu çalışmada çarpıklık değerleri -1.19 ila 1.93 arasında, basıklık değerleri ise -1.47 ila 2.84 arasında değişmektedir. Kline'in (2011) belirtmiş olduğu değerler (çarpıklık<3, basıklık<8) ve Byrn'in (2010) ifade etmiş olduğu referans noktası (basıklık<3) göz önünde bulundurulduğunda, Tablo 20'de yer alan verilerin dağılımının normal olduğu değerlendirilmiştir.

Yapılan bağımsız örneklem t testi analizi sonucunda deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'in AD ön test puanları ( $t=1.44$ ,  $p>.05$ ) ve sosyal anksiyete ön test puanları ( $t=2.01$ ,  $p>.05$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'nin AD ön test puanları ( $t=.581$ ,  $p>.05$ ) ve sosyal anksiyete ön test puanları ( $t= -.210$ ,  $p>.05$ ) arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

## 4. 2. 2. Bilişsel Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

### 4. 2. 2. 1. Anksiyete Duyarlılığı Yüksek Grup İçin (Deney-1 ve Kontrol-1) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

Tekrarlı ölçümler testinin uygulanması için önce gerekli varsayımların karşılanıp karşılanmadığı incelendi. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark yoktur (Box's M= 18.651,  $F_{(10, 3231.87)}= 1.55$ ,  $p>.05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Küresellik testi (Mauchly' Test of Sphericity) sonuçlarına göre ( $W=.81$ ,  $\chi^2(5)=5.40$ ,  $p>.05$ ) küresellik varsayımı sağlanmaktadır. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermektedir ( $p>.05$ ). Elde edilen sonuçlar Tablo 21'de özetlenmektedir.

Tablo 21. Deney-1 ve Kontrol-1 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası						
Grup	1393.08	1	1393.08	7.22	.01*	.22
Hata	5016.23	26	192.93			
Gruplar içi						
Ölçüm (Ön-Son-İzleme <sub>1</sub> -İzleme <sub>2</sub> )	109.38	3	36.46	.93	.43	.04
Ölçüm*Grup	1262.17	3	420.72	10.73	.00*	.29
Hata (Zaman)	3059.70	78	39.23			

\* $p<.05$  \*\* $p<.001$

Tablo 21'de de görüldüğü gibi yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizi sonucunda grup etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(1, 26)}=7.22$ ,  $p<.05$ ,  $\eta_p^2=.22$ ). Diğer bir ifadeyle deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı puan ortalamaları arasında, ölçüm zamanları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $F_{(3, 78)}=10.73$ ,  $p<.05$ ,  $\eta_p^2=.29$ ). Diğer bir ifadeyle katılımcıların anksiyete duyarlılığı puanları deney grubu veya kontrol grubunda olma durumlarına göre değişmektedir. Bu bulguya göre deney grubu-1'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişim kontrol grubu-1'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişimden, deney grubu-1 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-1'in anksiyete duyarlılığı düzeyi kontrol grubu-1'e göre anlamlı düzeyde azalmıştır.

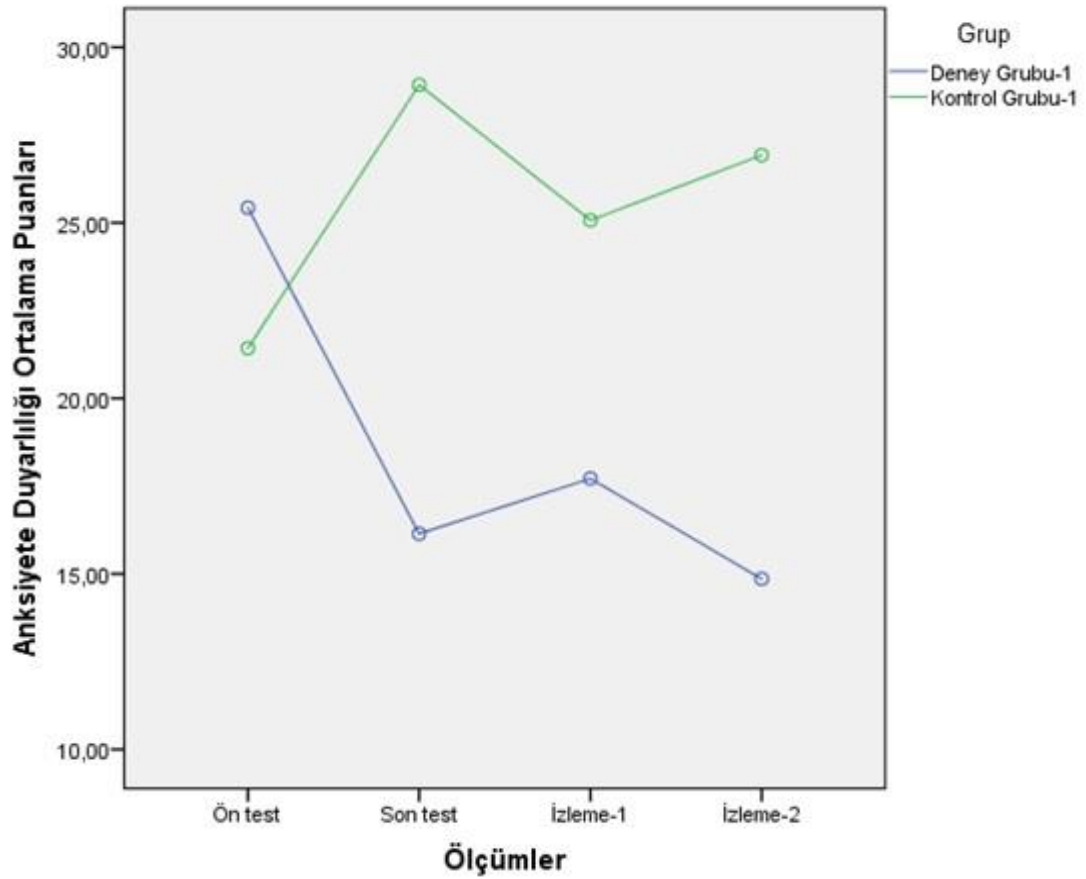
Müdahalenin etki büyüklüğüne ilişkin kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değerinin .29 olduğu görülmektedir. Buna dayalı olarak müdahalenin geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu ifade edilebilir. Deney grubu-1 ( $W=.53$ ,  $\chi^2(5)=7.43$ ,  $p>.05$ ) ve kontrol grubu-1 ( $W=.52$ ,  $\chi^2(5)=7.57$ ,  $p>.05$ ) küresellik varsayımını sağladığı için anksiyete duyarlılığına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla Post Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'e uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Deney Grubu 1			Kontrol Grubu 1		
		Son Test	İzleme 1	İzleme 2	Son Test	İzleme 1	İzleme 2
Deney Grubu 1	Ön Test	9.29*	7.71*	10.57*			
	Son Test		-1.57	1.29			
	İzleme 1			2.86			
Kontrol Grubu 1	Ön Test				-7.50*	-3.64	-5.50
	Son Test					3.86	2.00
	İzleme 1						-1.86

\* $p<.05$

Bonferroni testi sonuçlarına göre, deney grubu-1'de bulunan katılımcıların ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=25.43$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=16.14$ ) arasındaki farkın (fark ortalaması=9.29,  $p<.05$ ), ön test puan ortalaması ile üç aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=17.71$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=7.71,  $p<.05$ ) ve ön test puan ortalaması ile altı aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=14.86$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=10.57,  $p<.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Deney grubu-1'in son test puan ortalaması ile izleme-1 ve izleme-2 puan ortalamaları arasında; izleme-1 puan ortalaması ile izleme-2 puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Bu bulguya dayalı olarak müdahale programının etkisinin üç aylık ve altı aylık bir süre sonrasında da devam ettiği belirtilebilir. Kontrol grubu-1'de bulunan katılımcıların ise ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=21.43$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=28.93$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=-7.50,  $p<.05$ ) anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu-1'in anksiyete duyarlılığı puanları ön test ve son test ölçümleri arasında geçen sürede yükselmiştir. Kontrol grubu-1'in diğer ölçüm noktalarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur ( $p>.05$ ). Deney grubu-1 ve kontrol grubu-1'in ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki anksiyete duyarlılığı puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 4'te sunulmuştur.



Grafik 4. Deney-1 ve kontrol-1 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grafik 4'te bilişsel davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-1'in son test ölçümündeki anksiyete duyarlılığı puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği, müdahale programının etkisinin üç ay ve altı ay sonrada devam ettiği görülmektedir.

#### 4. 2. 2. 2. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete Düzeyi Yüksek Grup için (Deney-2 ve Kontrol-2) Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkililiğine İlişkin Bulgular

Müdahale programının anksiyete duyarlılığı üzerindeki etkililiğini belirlemek amacıyla seçilen analiz tekniğinin varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla sırasıyla şu test değerlerine bakılmıştır. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Box's  $M=8.688$ ,  $F_{(10, 3231.87)}=.72$ ,  $p>.05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Daha sonra küresellik testi (Mauchly's Test of Sphericity) sonuçlarına bakılmış ( $W=.60$ ,  $\chi^2(5)=12.47$ ,  $p<.05$ ) ve küresellik varsayımı sağlanmadığından Greenhouse-Geisser Epsilon ( $\epsilon=.73$ )

düzeltilmesinden yararlanılmıştır. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermektedir ( $p > .05$ ).

Tekrarlı ölçümler için ANOVA analiz tekniği kullanılarak elde edilen sonuçlar Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Anksiyete Duyarlılığı Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı		KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası							
Grup		3300.57	1	3300.57	19.22	.00*	.43
Hata		4465.43	26	171.75			
Gruplar içi							
Ölçüm (Ön-Son-İzleme <sub>1</sub> -İzleme <sub>2</sub> )	Greenhouse-Geisser	108.64	2.22	49.03	.82	.46	.03
Ölçüm*Grup	Greenhouse-Geisser	1531.07	2.22	690.99	11.56	.00*	.31
Hata (Zaman)	Greenhouse-Geisser	3442.29	57.61	59.75			

\* $p < .001$

Tablo 23'te görüldüğü gibi elde edilen sonuçlar grup etkisinin anlamlı olduğunu göstermektedir ( $F_{(1, 26)}=19.22$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2=.43$ ). Diğer bir ifadeyle deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı puan ortalamaları arasında, ölçüm zamanları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark vardır.

Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(2.22, 57.61)}=11.56$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2=.31$ ). Diğer bir ifadeyle katılımcıların anksiyete duyarlılığı puanları deney grubu veya kontrol grubunda olma durumlarına göre değişmektedir. Bu bulguya göre deney grubu-2'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişim kontrol grubu-2'deki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerindeki değişimden, deney grubu-2 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-2'nin anksiyete duyarlılığı puanları kontrol grubu-2'ye göre anlamlı bir azalma göstermiştir. Ortak etkinin anlamlı olması, uygulanan müdahale programının deney grubundaki katılımcıların anksiyete duyarlılığı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahale .31 düzeyinde kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değerine sahiptir. Dolayısıyla müdahalenin geniş bir etki büyüklüğüne sahip olduğu söylenebilir. Deney grubu-2 ( $W=.57$ ,  $\chi^2(5)=6.64$ ,  $p > .05$  ve kontrol grubu-2 ( $W=.58$ ,  $\chi^2(5)=6.36$ ,  $p > .05$ ) ayrı ayrı küresellik varsayımını sağladığı için anksiyete duyarlılığına ilişkin farkın kaynağını bulmak amacıyla Post-Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi

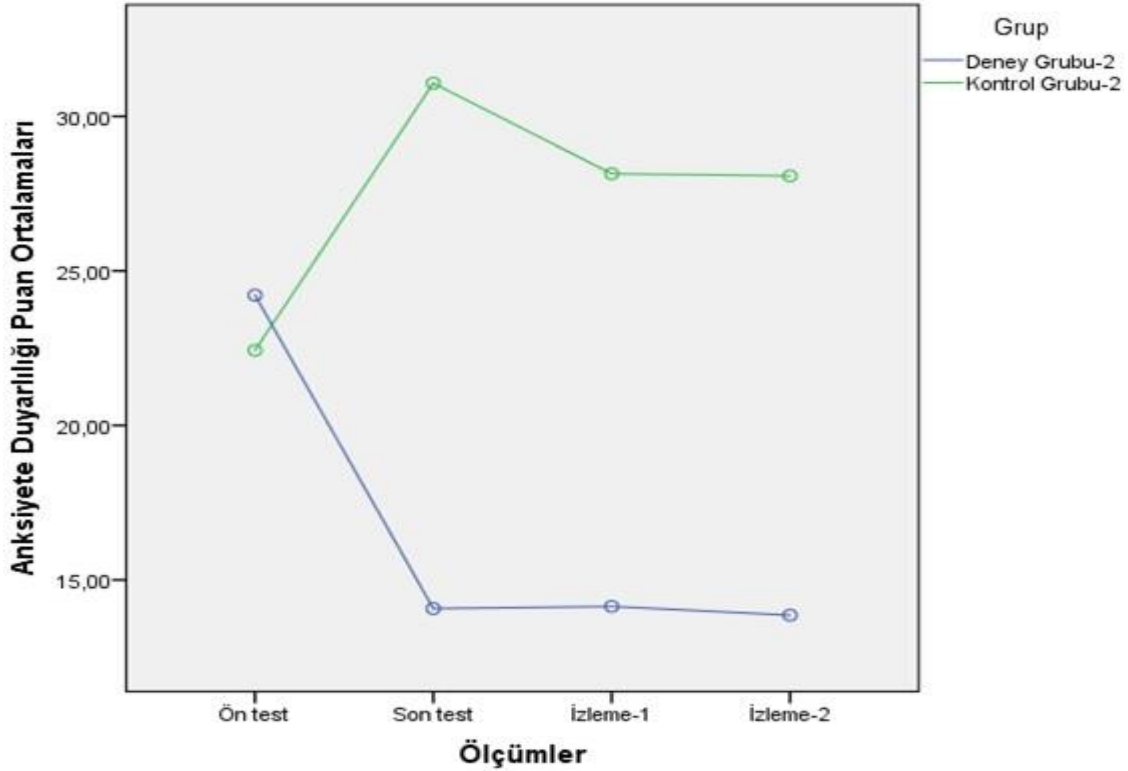
deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'ye uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Deney Grubu 2			Kontrol Grubu 2		
		Son Test	İzleme 1	İzleme 2	Son Test	İzleme 1	İzleme 2
Deney Grubu 2	Ön Test	10.14*	10.07*	10.36*			
	Son Test		-.07	.21			
	İzleme 1			2.86			
Kontrol Grubu 2	Ön Test				-8.64*	-5.71	-5.64
	Son Test					2.93	3.00
	İzleme 1						.07

\*p<.05

Bonferroni testi sonuçlarına göre, deney grubu-1'de bulunan katılımcıların ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=24.21$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=14.07$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=10.14, p<.05), ön test puan ortalaması ile üç aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=14.13$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=10.07, p<.05) ve ön test puan ortalaması ile altı aylık izleme testi puan ortalaması ( $\bar{X}=13.86$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=10.36, p<.05) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Deney grubu-2'in son test puan ortalaması ile izleme-1 ve izleme-2 puan ortalamaları arasında; izleme-1 puan ortalaması ile izleme-2 puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark yoktur. Bu bulguya dayalı olarak müdahale programının etkisinin üç aylık ve altı aylık bir süre sonrasında da devam ettiği belirtilebilir. Kontrol grubu-2'de bulunan katılımcıların ise ön test puan ortalaması ( $\bar{X}=22.43$ ) ile son test puan ortalaması ( $\bar{X}=31.07$ ) arasındaki farkın (Fark ortalaması=-8.64, p<.05) anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu-2'nin anksiyete duyarlılığı puanları ön test ve son test ölçümleri arasında geçen sürede yükselmiştir. Kontrol grubu-2'in diğer ölçüm noktalarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark yoktur (p>.05). Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'in ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki anksiyete duyarlılığı puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 5'te sunulmuştur.



Grafik 5. Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grafik 5'te bilişsel davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-2'nin son test ölçümündeki anksiyete duyarlılığı puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği, müdahale programının etkisinin üç ay ve altı ay sonra da devam ettiği görülmektedir.

Bilişsel davranışçı müdahale programının sosyal anksiyete üzerindeki etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan tekrarlı ölçümler için varyans analizinin varsayımlarının deney grubu-2 ve kontrol grubu-2 için karşılanıp karşılanmadığını belirlemek amacıyla sırasıyla şu test değerlerine bakılmıştır. Box's kovaryans matrislerinin eşitliği testine göre kovaryans matrisleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Box's  $M=13.123$ ,  $F_{(10, 3231.87)}=1.09$ ,  $p>.05$ ) dolayısıyla kovaryans matrisleri homojendir. Daha sonra küresellik testi (Mauchly's Test of Sphericity) sonuçlarına bakılmış ( $W=.35$ ,  $\chi^2(5)=25.79$ ,  $p<.05$ ) ve küresellik varsayımı sağlanmadığından Greenhouse-Geisser Epsilon ( $\epsilon=.70$ ) düzeltilmesinden yararlanılmıştır. Levene test değerleri ise grup varyanslarının eşit olduğunu göstermektedir ( $p>.05$ ).

Sosyal anksiyete puanları açısından deney-2 ve kontrol-2 grubunun ön-test, son-test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerine ait puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi amacıyla kullanılan tekrarlı ölçümler için ANOVA analiz tekniğine ait sonuçlar Tablo 25'te verilmiştir.



Tablo 25. Deney-2 ve Kontrol-2 Gruplarının Sosyal Anksiyete Ön-test, Son-test, İzleme-1 ve İzleme-2 Testi Puan Ortalamalarına İlişkin Tekrarlı Ölçümler Analizi Sonuçları

Varyansın Kaynağı		KT	Sd	KO	F	p	$\eta_p^2$
Gruplar arası							
Grup		24811.51	1	24811.51	36.98	.00*	.59
Hata		17445.73	26	670.99			
Gruplar içi							
Ölçüm (Ön-Son-İzleme <sub>1</sub> -İzleme <sub>2</sub> )	Greenhouse-Geisser	6502.10	2.10	3094.39	15.90	.00*	.38
Ölçüm*Grup	Greenhouse-Geisser	7964.03	2.10	3790.13	19.47	.00*	.43
Hata (Zaman)	Greenhouse-Geisser	10634.63	54.63	194.66			

\*p<.01

Yapılan analizler sonucunda grup etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ( $F_{(1, 26)}=36.98$ ,  $p<.01$ ,  $\eta_p^2=.59$ ). Diğer bir ifadeyle deney-2 ve kontrol-2 gruplarının anksiyete duyarlılığı puan ortalamaları arasında, ölçüm zamanları açısından ayırım yapılmaksızın anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki puan ortalamaları arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $F_{(2,10, 54,63)}=19.47$ ,  $p<.01$ ,  $\eta_p^2=.43$ ). Bu bulguya göre deney grubu-2'deki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerindeki değişim kontrol grubu-2'deki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerindeki değişimden, deney grubu-2 lehine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır. Deney grubu-2'nin sosyal anksiyete puanları kontrol grubu-2'ye göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Ortak etkinin anlamlı olması, uygulanan müdahale programının deney grubundaki katılımcıların sosyal anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Müdahalenin etki büyüklüğüne ilişkin kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değerinin .43 olduğu görülmektedir. Buna dayalı olarak müdahalenin etki değerinin geiş olduğu belirtilebilir. Deney Grubu-2 sosyal anksiyete puanları açısından küresellik varsayımını sağlamadığı için ( $W=.19$ ,  $\chi^2(5)=19.64$ ,  $p<.05$ , sosyal anksiyete düzeylerine ilişkin farkın kaynağını belirlemek amacıyla Friedman ve Wilcoxon nan-parametrik istatistikleri gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubu-2 ise sosyal anksiyete puanları açısından küresellik varsayımını sağladığı için ( $W=.47$ ,  $\chi^2(5)=8.91$ ,  $p>.05$ ) sosyal anksiyete düzeyine ilişkin farkın kaynağını incelemek amacıyla bu gruba Post-Hoc çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. Deney Grubu-2 için Sosyal Anksiyete Puanları Açısından Friedman Testi Sonuçları

Ölçüm	Sıra Ortalaması	Ki-Kare ( $\chi^2$ )	Sd	p
Ön test	3.64	16.20	3	.001*
Son test	2.43			
İzleme-1	1.93			
İzleme-2	2.00			

\*p&lt;.01

Yapılan analiz sonucuna göre deney grubu-2'nin ön test, son test ve izleme-1 ve izleme-2 testi ölçümleri arasında anlamlı bir fark vardır ( $\chi^2_{(3)}=16.20$ ,  $p<.01$ ). Friedman testi anlamlı farkın kaynağını ortaya koymak için gerekli Post Hoc istatistiğine sahip olmadığı için farkın kaynağı Wilcoxon nan-parametrik testi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Deney Grubu-2 için Sosyal Anksiyete Puanları Açısından Wilcoxon Testi Sonuçları

Ölçüm		N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	z	p
Son test-Ön test	Negatif Sıralar	12	8.33	100.00	-2.98	.003**
	Pozitif Sıralar	2	2.30	5.00		
	Eşit	0				
	Toplam	14				
İzleme 1-Ön test	Negatif Sıralar	13	8.00	104.00	-3.23	.001**
	Pozitif Sıralar	1	1.00	1.00		
	Eşit	0				
	Toplam	14				
İzleme 2-Ön test	Negatif Sıralar	12	8.50	102.00	-3.11	.002**
	Pozitif Sıralar	2	1.50	3.00		
	Eşit	0				
	Total	14				
İzleme 1-Son test	Negatif Sıralar	9	8.22	74.00	-1.20	.05
	Pozitif Sıralar	4	4.25	17.00		
	Eşit	1				
	Toplam	14				
İzleme 2-Son test	Negatif Sıralar	8	8.69	69.50	-1.68	.09
	Pozitif Sıralar	5	4.30	21.50		
	Eşit	1				
	Toplam	14				
İzleme2-İzleme 1	Negatif Sıralar	7	6.71	47.00	-.11	.92
	Pozitif Sıralar	6	7.33	44.00		
	Eşit	1				
	Total	14				

\*Pozitif sıralara dayalı

Elde edilen bulgulara göre müdahale programına katılan öğrencilerin müdahale öncesi ve müdahale sonrası ( $z=-2.98$ ,  $p<.01$ ), müdahale öncesi ve üç aylık izleme sonrası ( $z=-3.23$ ,  $p<.006$ ) ve müdahale öncesi ve altı aylık izleme sonrası ( $z=-3.11$ ,  $p<.01$ ) sosyal

anksiyete puanları arasında anlamlı fark vardır. Fark puanlarının negatif sıralar lehine olması (ön test ölçümü), programın sosyal anksiyete puanlarının azaltılması üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. İzleme testleri ve son test arasında ise anlamlı fark yoktur ( $p>.05$ ).

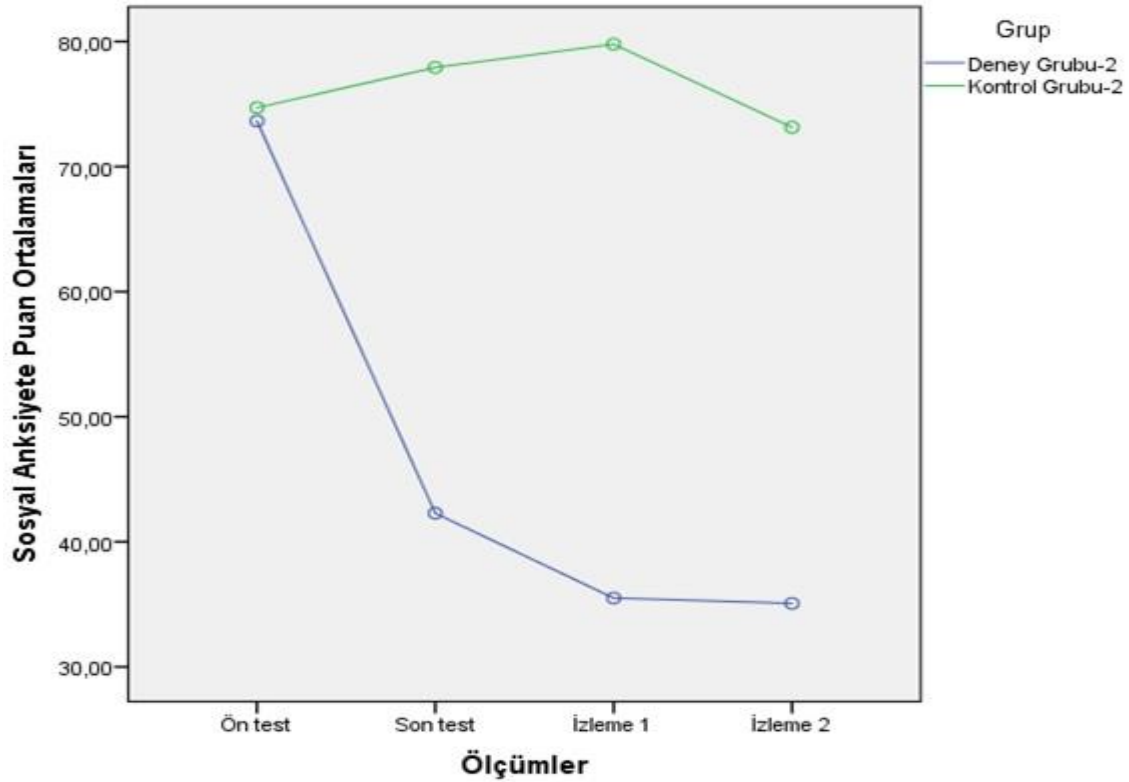
Tablo 28. Kontrol Grubu-2'nin Sosyal Anksiyete Puanlarına İlişkin Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi Ortalama Farkları

Gruplar	Ölçümler	Kontrol Grubu 2		
		Son Test	İzleme 1	İzleme 2
Kontrol Grubu 2	Ön Test	-3.21	-5.07	1.57
	Son Test		-1.86	4.79
	İzleme 1			6.64

\* $p<.05$

Kontrol grubu-2'nin sosyal anksiyete ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>.05$ ).

Deney grubu-2 ve kontrol grubu-2'nin ön test, son test, izleme-1 ve izleme-2 ölçümlerindeki sosyal anksiyete puan ortalamalarındaki değişimler Grafik 6'da sunulmuştur.



Grafik 6. Deney-2 ve kontrol-2 gruplarının sosyal anksiyete öntest, sontest ve izleme ölçümleri ortalama puanları

Grafik 6'da bilişsel davranışçı müdahale programı uygulanan deney grubu-2'nin son test ölçümündeki sosyal anksiyete puanlarının ön test ölçümüne göre azalma gösterdiği, müdahale programının etkisinin üç ay ve altı ay sonra da devam ettiği görülmektedir.

#### 4. 2. 3. Anksiyete Duyarlılığı ve Sosyal Anksiyete İlişkisini Ortaya Koyan Bulgular

ADİ-3'ün bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi yordama düzeyini belirlemek amacıyla önce bazı test varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığı dikkate alınmıştır. Asıl çalışmaya ait veri setinde araştırma grubunun çarpıklık ve basıklık değerlerinin genel olarak 00.00 ile 2.00 arasında değiştiği ADİ-3'ün bilişsel belirtilerden korkma bileşenine ait basıklık değerinin 3.39 olduğu görülmüştür. Kline (2011) ve Byrn (2010)'un normal bir dağılımın çarpıklık ve basıklık katsayılarına ilişkin ifade ettikleri değer aralıkları referans alınarak verilerin normal dağılım gösterdiğine karar verilmiştir. Regresyon modelinde yer alan değişkenler arasındaki korelasyon değerlerinin .24-.58 arasında değiştiği ve yordayıcı değişkenler arasındaki ilişkilerin .80'den küçük (.51 ile .58 arasında) olduğu görülmüştür. Bu sonuçlara göre yordayıcı değişkenler arasında çoklu bağlantılılık problemi yoktur. Tolerans değerlerinin .02'den büyük (.56 ile .62 arasında) ve VIF değerlerinin 10'dan küçük (1.60 ile 1.78 arasında) olması da çoklu korelasyon probleminin olmadığına dair bilgi vermektedir. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik bilgileri ve korelasyon değerleri Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29. ADİ-3'ün Alt Ölçekleri ile Sosyal Anksiyete Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma, Aralık ve Korelasyon Değerleri

	1	2	3	4	Ort.	Ss	Aralık
1. Adı 3-Bilişsel	1				4.95	4.58	0-28
2. Adı 3-Fiziksel	.58**	1			4.42	4.66	0-24
3. Adı 3-Sosyal	.57**	.51**	1		4.05	4.07	0-20
4. Sosyal Anksiyete	.33**	.24**	.42**	1	46.74	22.78	0-144

\*\*p<.001

Sosyal anksiyetenin yordanmasına ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Sosyal Anksiyete Düzeyinin Yordanmasına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

	B	Sh	Beta ( $\beta$ )	t	p	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F	p
Sabit	35.81	1.07		33.63	.00**	.43	.19	.18	69.58	.00
ADİ 3-Bilişsel	.74	.20	.15	3.75	.00**					
ADİ 3-Fiziksel	-.10	.19	-.02	-.55	.58					
ADİ 3-Sosyal	1.91	.21	.34	9.02	.00**					

\*\*p&lt;.001

Anksiyete duyarlılığına ait bilişsel, fiziksel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi ne düzeyde yordadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ve sosyal anksiyetede toplam varyansın %18'ini açıkladığı ( $R=.43$ ,  $R^2=.19$ ,  $\Delta R^2=.18$ ) bulunmuştur ( $F_{(3, 916)}=69.58$ ,  $p<.001$ ). Standardize edilmiş regresyon katsayılarına göre yordayıcı değişkenlerin sosyal anksiyete üzerindeki görece önem sırası, ADİ 3-Sosyal belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta=.34$ ), ADİ 3-Bilişsel belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta=.15$ ) ve ADİ 3-Fiziksel belirtilerden korkma bileşeni ( $\beta=-.02$ )' dir. Regresyon analizinde yordayıcı değişkenlerden ADİ 3-Sosyal belirtilerden korkma ( $p<.001$ ) ve ADİ 3-Bilişsel belirtilerden korkma bileşeninin ( $p<.001$ ) modele katkısının anlamlı olduğu; buna karşı ADİ 3-Fiziksel belirtilerden korkma bileşeninin ( $p>.05$ ) modele katkısının anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı bilişsel-davranışçı müdahale programının anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığının azaltılması üzerindeki etkisini incelemektir. Anksiyete duyarlılığı ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkilerin incelenmesi araştırmanın diğer bir amacıdır. Müdahale programı ikisi pilot ikisi asıl uygulama olmak üzere dört deney grubu üzerinde sınanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, pilot ve asıl çalışmada bilişsel-davranışçı müdahale programının etkili olduğu ve buna bağlı olarak deney 1 ve kontrol 1 gruplarının ön test-son test puanları arasında manidar değişiklikler ortaya çıktığı gözlenmiştir. Benzer şekilde hem anksiyete duyarlılığı hem de sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan deney 2 ve kontrol 2 grupları arasında da müdahale programı sonrasında deney grupları lehine anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Uygulamalardan sonra gerçekleştirilen izleme çalışmalarında deney ve kontrol grupları arasındaki farkın devam ettiği görülmüştür. Kısmi eta kare ( $\eta_p^2$ ) değerleri incelendiğinde ise müdahalenin etki büyüklüğünün geniş olduğu söylenebilir. Bunların yanı sıra anksiyete duyarlılığının bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma alt boyutlarının anksiyeteyi anlamlı düzeyde açıkladığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular alan yazındaki araştırmaların sonuçları ve teorik açıklamalar doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Anksiyete duyarlılığı yüksek olan gruplardan (deney 1 ve kontrol 1) elde edilen sonuçlara göre hem pilot hem de asıl uygulamada müdahale programı sonrasında deney gruplarının anksiyete duyarlılığı puanları herhangi bir işlem uygulanmayan kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düşmüştür. Bu sonuç literatürde BDT'ye dayalı uygulamaların AD'yi azaltmada etkili olduğunu ortaya koyan araştırmaların sonuçlarını desteklemektedir (Gallagher vd., 2013; Smits vd., 2008; Watt vd., 2006a; Watt vd., 2006b). Anksiyete bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, BDT'nin önemli stratejilerinden olan içsel maruz bırakmanın (interoceptive exposure) AD düzeyini azalttığı ve AD düzeyinde meydana gelen azalmalar ile klinik belirtilerin şiddetindeki düşüşlerin ilişkili olduğu bulunmuştur (Boswell vd., 2013). Bu çalışmada da BDT müdahale programında içsel maruz bırakmalara yer verilmiş ve bu şekilde danışanların anksiyete yaratan bedensel duyularını deneyimlemeleri sağlanmıştır. Katılımcılar, çarpıtılmış düşünce örüntüleri eşliğinde ortaya çıkan bu duyuların felaketle sonuçlanmadığını ve bunların kontrol edilebilir olduğunu müdahale sürecinde bilişsel ve davranışsal deneyler yardımıyla zamanla öğrenmişlerdir. Bu psikoeğitimsel sürecin önemli yararlarından bir tanesi de katılımcıların yüksek AD ve bununla ilişkili olarak artmış anksiyetelerini

sürdüremelerine neden olan kaçınma davranışlarının azalmasıdır. Dolayısıyla içsel maruz bırakmalar ve grup içi maruz bırakmalarla başlayan süreç gerçek yaşamda maruz bırakmalarla (in vivo exposure) devam ederek danışanların aktif başa çıkma mekanizmalarını pekiştirmiş olabilir. Nitekim bilişsel teorinin vurguladığı hususlardan biri de bilişsel yeniden yapılandırma alıştırmaları ve davranışsal deneylerin bireylere bedensel duyularının tehlikeli olmadığını öğrenme fırsatı sunduğudur (Smits vd., 2008). Bu araştırmada da katılımcılar bilişsel ve davranışsal alıştırmalar yardımıyla bedensel duyularının tehlikeli olduğuna dair çarpıtılmış inançlarını test etme imkânı bulmuşlardır.

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular bilişsel-davranışçı bir müdahalenin AD'nin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. BDT'ye dayalı müdahaleler psikolojik bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesinde rol oynayan uyum bozucu inançların değiştirilmesine odaklanır. Anormal anksiyetenin BDT'ye dayalı müdahalesinde psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve davranışsal deneyler gibi stratejiler kullanılarak bireylerin tehlide ilişkin algıları ve yorumlamaları incelenir (Smits vd., 2008). Benzer şekilde bu çalışmada da bu stratejileri içine alan bir müdahale programı uygulanmıştır. BDT'de düşünce, duygu ve davranışların karşılıklı etkisine vurgu yapılarak (Creed vd., 2014), psikolojik problemler düşünce, duygu ve davranış boyutlarında ele alınır (Hoffmann ve Dibartolo, 2007). BD müdahalede kullanılan bilişsel (Beck vd., 1979) ve davranışçı teknikler (Beck ve Weishaar, 2011), bireyin farkındalık kazanmasına, gerçeği test etmesine, işlevsel düşünme biçimi geliştirmesine ve fonksiyonelliğini arttıran davranışsal beceriler geliştirmesine yardımcı olur. BDT'de kullanılan bu teknikler bilgi işleme süreçlerindeki yanlılıkları, gerçekçi olmayan değerlendirmeleri ve işlevsel olmayan düşüncelere olan inançları değiştirmeyi hedefler (Beck ve Weishaar, 2011) ve danışanları sorunlarıyla aktif bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olacak uyumlu davranışlar geliştirmeleri hususunda teşvik eder (Bieling vd., 2006). Anksiyete belirtilerini felaketleştirerek çarpık bir şekilde yorumlama ve bu yorumlamalara işlevselliği bozacak düzeyde inanç duyma AD'nin temel özelliklerindedir (Reiss ve McNally, 1985'ten akt., McNally, 1999b, s. 10). Ayrıca yüksek AD'ye sahip bireyler anksiyeteyi deneyimlemekten kaygı duyar ve anksiyete belirtilerinden korkarlar (McWilliams ve Cox, 2001). Bu araştırmada uygulanan müdahale programı çerçevesinde de işlevsel olmayan düşünce ve inançların bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasını amaçlayan etkinliklere yer verilmiştir. Bu yolla katılımcılar zihinlerindeki felaketleştirmeleri test edebilecekleri maruz bırakma deneyleri gibi davranışçı teknikler yardımıyla anksiyete duyularına yönelik çarpık düşünce örüntülerinin rasyonelliğini değerlendirme imkânı bulmuştur. Oturumlar için belirlenen amaçlar oturumlar dışında verilen ev ödevleriyle desteklenerek seansların etkisinin seans dışında da devam etmesi ve danışanların

problemlerle başa çıkmaya yönelik becerilerini geliştirmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla uygulanan BD müdahaleler, katılımcıların AD'nin bilişsel altyapısını oluşturan mantıkdışı düşünce kalıplarını fark etmelerine ve yerlerine daha işlevsel düşünce örüntüleri geliştirmelerine imkân sağlayarak AD düzeyinin azalmasına katkı sağlamış olabilir.

Pilot ve asıl uygulamaların sonuçlarına göre bilişsel-davranışçı terapiye dayalı olarak geliştirilen müdahale programı hem anskiyete duyarlılığı hem de sosyal anksiyetesi yüksek olan bireylerin (deney 2 grupları) anksiyete duyarlılıklarının ve sosyal anksiyetelerinin azaltılmasında etkili olmuştur. Olthuis, Watt, MacKinnon ve Stewart'ın (2014b) çalışmasında da AD'yi azaltmaya yönelik uygulanan sekiz haftalık BDT müdahalesi sonrasında AD düzeylerinin azaldığı ve bunun yanı sıra katılımcıların panik, sosyal fobi ve TSSB semptomlarında da anlamlı düşüşler olduğu görülmüştür; on ikinci ve yirminci haftalarda yapılan izleme çalışmalarında ise müdahale kazanımlarının devam ettiği gözlenmiştir. Aynı araştırmadan elde edilen bulgular AD'nin azalması için psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve iç uyaranlara maruz bırakma (interoceptive exposure) da dahil olmak üzere çok bileşenli bir BDT müdahalesinin kullanılmasını desteklemektedir. Bu çalışmadaki BD müdahale programında bilişsel teknikler, davranışçı teknikler, gevşeme eğitimi, sosyal beceri eğitimi, atılganlık eğitimi gibi birçok modüle yer verilerek benzer şekilde çok bileşenli bir yapı oluşturulmuştur. Dolayısıyla bu çalışmanın sonuçları Olthuis ve diğerlerinin (2014b) çalışmasının bulgularıyla örtüşmektedir. Katılımcıların kendileriyle benzer endişeleri yaşayan bireylerden oluşan bir grup ortamında olması, mantık dışı inançlarının işlevsizliğine yönelik hem seans içi bilişsel ve davranışçı uygulamalarla hem de seans dışında verilen ev ödevleriyle farkındalık kazanmaları bu bireyleri sosyal ortamlarda daha girişken olmaya teşvik etmiş olabilir. Sosyal ortamlardaki bu deneyimleri ise sosyal anksiyetede yaygın bir şekilde gözlemlenen kaçınma davranışlarını azaltarak sosyal anksiyete düzeylerinde düşüşe yol açmış olabilir.

Müdahale programının sosyal anksiyetenin azaltılması üzerindeki etkisinin bir diğer sebebinin de sosyal anksiyete ve AD arasındaki ilişkiden kaynaklanabileceği değerlendirilebilir. AD yüksek anksiyete ve anksiyete bozukluklarının gelişimi (Muris, Schmidt, Merckelbach ve Schouten, 2001; Reiss, 1991; Schmidt vd., 2006; Taylor vd., 1992) ve sürdürülmesi açısından bilişsel bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (McNally, 1999a; McNally, vd., 1999; Schmidt, 1999). Bu araştırmada AD'nin bilişsel belirtilerden korkma, fiziksel belirtilerden korkma ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin sosyal anksiyeteyi ne düzeyde yordadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda regresyon modelinin sosyal anksiyetede toplam varyansın %18'ini açıkladığı bulunmuştur. Alan yazındaki açıklamalara benzer şekilde



(Taylor vd., 2007b), bu çalışmanın ilişkisel analizlerinin sonuçları AD'nin fiziksel belirtilerden korkma boyutunun sosyal anksiyeteyi açıklamamasına karşın bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma boyutlarının sosyal anksiyetinin anlamlı yordayıcıları olduğuna işaret etmektedir. Bu sonuçlar Olthuis ve diğerlerinin (2014a) AD'nin bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma alt boyutları ile sosyal anksiyete arasında anlamlı ilişkiler olduğu yönündeki araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Bunun yanı sıra çalışmanın regresyon analizlerinin sonuçlarına göre AD'nin sosyal belirtilerden korkma bileşeninin sosyal anksiyete üzerindeki yordayıcı önemi bilişsel belirtilerden korkma bileşeninden daha yüksektir. Alan yazında, AD'nin her bir bileşeninin farklı anksiyete bozukluklarında diğerlerine göre daha yüksek düzeyde olabileceği vurgulanmaktadır. Örneğin fiziksel belirtilerden korkma bileşeni panik bozuklukta (Blais vd., 2001; Deacon ve Abramowitz, 2006), bilişsel belirtilerden korkma bileşeni YAB'da (Rector vd., 2007), sosyal belirtilerden korkma bileşeni sosyal fobide (Rector vd., 2007; Rodriguez vd., 2004) daha baskın olabilmektedir. AD'nin sosyal anksiyete ile ilişkisinin incelendiği araştırmalarda (Grant, Beck ve Davila, 2007; Moore vd., 2009), bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde, AD'nin sosyal belirtilerden korkma bileşeni ile sosyal anksiyete arasında güçlü bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır (McWilliams vd., 2000; Zinbarg vd., 1997).

AD'nin sosyal belirtilerden korkma bileşeni titreme ve terleme gibi dışarıdan gözlenebilen anksiyete belirtileri nedeniyle bireyin dışlanmasına veya alay konusu olmasına yönelik endişelerini ifade etmektedir (Taylor vd., 2007b). Sosyal anksiyetesi yüksek bireylerin AD'nin sosyal belirtilerden korkma bileşeninde daha yüksek skora sahip olduğunu gösteren çalışmalar (Cox vd., 1999; Wheaton vd., 2012), anksiyete belirtilerinin ortaya çıkması durumunda bunun diğerleri tarafından fark edilmesi ve olumsuz birtakım değerlendirmelere yol açmasına yönelik bireyin korkularından bahsetmektedir. Anksiyete duyarlılığının bir diğer bileşeni olan bilişsel belirtilerden korkma ise zihinsel becerilerin bozulması veya bilişsel yetilerin kaybıyla ilgili endişeleri ifade etmektedir (Peterson ve Plehn, 1999; Zinbarg vd., 1999). AD'de bilişsel belirtilerden korkma düzeyi yüksek olan bireylerin, bilişsel yetilerini kaybetmeleri sonucunda sosyal ortamlarda utanç duymalarına veya küçük düşmelerine yol açacak tuhaf davranışlar sergilemekten endişe duyabilecekleri vurgulanmaktadır (Olthuis vd., 2014a). Bu bağlamda bireyin dikkatini anksiyete tepkileri üzerinde yoğunlaştırması yani odağı kendisinde tutması, felaket içerikli düşünce akışlarını kontrol etmekte zorlanmasına ve anksiyetenin yarattığı aşırı huzursuzluğu hissetmesine neden olabilir. Bu durumda birey tekrar benzer duyguları yaşamaktan ve diğerlerinin olumsuz değerlendirmelerine konu olmaktan korku duyduğu için sosyal ortamlardan kaçınmaya başlayabilir. Döngüsel bir şekilde, kaçınma davranışları da bireyin dikkatini anksiyete ile ilgili bedensel duyumlarına yöneltmesine ve

olumsuz değerlendirme korkuları ile sosyal anksiyete düzeyinin yükselmesine yol açabilir. Dolayısıyla yüksek anksiyete duyarlılığının, sosyal anksiyete eğilimi olan bir birey için yoğun endişe halini tetikleyici bir mekanizma işlevi görebileceği düşünülmektedir. Yukarıdaki açıklamalardan araştırmancının bu sonuçlarının alan yazındaki görüşlerle örtüştüğü anlaşılmaktadır. Bu sonuçlar aynı zamanda, araştırmancının deneysel kısmında elde edilen bazı bulguları (deney 2 grupları) açıklamaya yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda müdahale programının AD'nin azaltılması yönündeki etkisinin hem AD hem de sosyal anksiyetesi yüksek grupların (deney 2 grupları) sosyal anksiyete düzeylerindeki düşüşün sebeplerinden biri olabileceği değerlendirilmektedir. Nitekim alan yazında AD'nin tanılar arası önemli bir faktör olabileceği ve AD'deki azalmanın duygusal bozukluklarda önemli bir değişim sürecini temsil edebileceği vurgulanmaktadır (Boswell vd., 2013).

Araştırmada elde edilen bir diğer bulgu asıl uygulamada her iki kontrol grubunun da ön test ve son test AD puan düzeyleri arasında anlamlı bir yükselme olduğudur. Pilot uygulamadaki kontrol gruplarının ise ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir değişim bulunmamıştır. Asıl uygulamada kontrol gruplarındaki bu değişim iki açıdan değerlendirilebilir. Birincisi bu durum AD'nin doğasıyla ilişkili olabilir. Boylamsal çalışmalar AD'nin zamanla yükselebilen ve anksiyete bozukluğuna (Benítez vd., 2009; Li ve Zinbarg, 2007; McLaughlin ve Hatzenbuehler, 2009; McNally, 2002; Rodriguez vd., 2004; Taylor vd., 1992; Weems vd., 2002) ya da diğer bozukluklara (Marshall, Miles ve Stewart, 2010) yol açan bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda yüksek AD'ye sahip bireylerin üç yıllık süre sonunda anksiyete bozukluğu tanısı alma olasılığının düşük AD'ye sahip olanlara oranla beş kat daha fazla olduğunu ortalaya koyan Maller ve Reiss'in (1992) çalışması AD'yle ilişkili önemli boylamsal araştırmalardan biridir. Bazı çalışmalar AD ile ruhsal problemler arasındaki karşılıklı etkiye de dikkat çekmektedir. Örneğin Reiss (1991) çalışmasında AD'nin panik atak riskini artırdığı gibi panik atakların da AD düzeyini yükselttiği kısır bir döngünün oluşabileceğini ileri sürmektedir. Marshall ve diğerleri de (2010) AD ve TSSB belirtilerinin AD'nin daha sonraki TSSB belirtisi şiddetini öngördüğü ve TSSB belirtisi şiddetinin de daha sonraki AD'yi öngördüğü şekilde ikisi arasındaki karşılıklı ilişkinin varlığından bahsetmiştir. Bu açıklamalardan AD'nin başta yüksek anksiyete ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal problemlere, ruhsal problemlerin de bireyin AD düzeyinde artışa yol açabileceği anlaşılmaktadır. Bu bakımdan çalışmada yer alan AD düzeyi yüksek katılımcıların ruhsal sorunlar ve psikolojik problemlilik bakımından risk grubu olduğu değerlendirilebilir. Bu bağlamda herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol gruplarındaki bazı katılımcıların yüksek AD'leri zaman içinde bazı psikolojik problemleri ve belirtileri tetiklemiş olabilir. Bu durum da AD puanlarının artmasına ve grubun ortalama puanlarının yükselmesine yol açmış olabilir. Asıl uygulamada yer alan

kontrol gruplarının AD düzeylerindeki bu yükselme durumsal faktörlerden de kaynaklanmış olabilir. Son test verilerinin toplandığı dönemde, gruplar stres verici bir zaman sürecinden geçiyorsa bu durum AD ortalamalarını yükseltmiş olabilir. Nitekim AD ve stres arasındaki ilişkileri vurgulayan çalışmalar, AD'nin stres verici yaşam olayları ile anksiyete belirtileri arasındaki boylamsal ilişkiye aracılık ettiğini (McLaughlin ve Hatzenbuehler, 2009) ve stres verici yaşam olaylarının AD ile boylamsal olarak ilişkili olduğunu ifade etmektedir (Schmidt vd., 1997; Schmidt, Lerew ve Joiner, 2000). Stres verici olaylar bireyin bedensel duyularına ve anksiyetesinin fiziksel ve bilişsel semptomlarına odaklanmasını içeren rüminasyona (tekrarlayıcı düşünceler) benzer bir süreci harekete geçirerek ve bu semptomların nedenlerine ve sonuçlarına yönelik bireyde yoğun düşünce örüntülerini tetikleyerek AD'nin gelişimine katkıda bulunabilir (McLaughlin ve Hatzenbuehler, 2009). Çalışmanın deneysel kısmına ait son test ölçümlerinin alınması öğrencilerin final sınavlarına yakın bir zamana denk gelmiştir. Katılımcıların sınavların yaklaşmasına bağlı olarak artan stres düzeyleri AD düzeylerinde de bir yükselmeye yol açmış olabilir.

AD'yi azaltmaya yönelik müdahaleler incelendiğinde bu tür çalışmaların yurt dışında yapıldığı görülmektedir (Broman-Fulks, Berman, Rabian ve Webster, 2004; Broman-Fulks ve Storey, 2008; Keough ve Schmidt, 2012; Schmidt vd., 2007; Smits vd., 2008; Zvolensky, Yartz, Gregor ve Gonzalez, 2008). Türkiye'de ise AD'yi azaltmaya yönelik BDT'ye dayalı müdahale programının uygulandığı bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Sadece Tutarel-Kışlak'ın (2004) AD'yi azaltmaya yönelik göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing-EMDR*) tedavisi ile kas gevşetme müdahalesini karşılaştırdığı çalışmasına ulaşılabilmektedir. Türkiye'de AD ile ilgili araştırmaların daha çok ilişkisel veya nedensel karşılaştırmaya dayalı çalışmalar olduğu görülmektedir (Ak ve Kılıç, 2017; Akça, Özkan ve Teber, 2013; Çakmak ve Ayvaşık, 2007; Diriöz, Alkin, Yemez, Eminağaoğlu ve Onur, 2012; Erözkan, 2011, 2012; G. Özyurt, Y. Özyurt ve Akay, 2017; Yılmaz, Bilgiç ve Hergüner, 2015). Dolayısıyla AD'yi azaltmaya yönelik BDT'ye dayalı psiko-eğitimsel bir müdahale sunması açısından bu araştırmanın literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bilişsel-davranışçı yaklaşım birçok ruhsal bozuklukta (Cohen, Deblinger ve Mannarino, 2018; Davidson, 2008; Hofmann ve Smits, 2008; Mor ve Haran, 2009; Okajima, Komada ve Inoue, 2011; Olatunji, Cisler ve Deacon, 2010; Rector ve Beck, 2012; Sudak, 2012; Suveg vd., 2018; Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford ve Temple, 2007b), duygusal (Brown, Pearlman ve Goodman, 2004; Hopps, Pépin ve Boisvert, 2003; Jafar, Salabifard, Mousavi ve Sobhani, 2016; Mardi ve Khalatbari, 2018; Sukhodolsky vd., 2004; Wagner, Knaevelsrud ve Maercker, 2006; Walkup vd., 2008) ve davranışsal

problemlerde (McCart, Priester, Davies ve Azen, 2006; Smeets vd., 2015; Wang vd., 2017) etkililiği kanıtlanmış bir modeldir. BDT'nin etkililiğinin terapi süreci bittikten sonra da devam etmesi (Barlow, Gorman, Shear ve Woods, 2000; Barrett, Duffy, Dadds ve Rapee, 2001; Deblinger, Steer ve Lippmann, 1999; Dugas vd., 2003; Hofmann vd., 2012; Rudd vd., 2015; Savard, Simard, Ivers ve Morin, 2005; Tolin, 2010) bu yaklaşımın birçok psikolojik problemin müdahalesinde tercih edilmesine yol açmaktadır. Bu yaklaşımın çeşitli problem durumlara özgü sunmuş olduğu bilişsel model (Beck ve Alford, 2009; Beck ve Haigh, 2014; Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Beck, Wright, Newman ve Liese, 1993; Clark, 2004; Clark ve Wells, 1995), uygulayıcılar açısından da önemli avantajlar sağlamaktadır.

Bu araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar da bilişsel-davranışçı müdahalelerin etkililiğinin yüksek olduğu ve grup ortamında uygulanabilir olduğunu desteklemektedir. Müdahale programında kullanılan bilişsel ve davranışsal teknikler; katılımcıların bedensel duyularının felaketle sonuçlanmadığını test etmelerine, çarpıtılmış düşünce ve inançlarını değiştirmelerine imkân sağlamış, yoğun anksiyetelerini sürdürmelerine neden olan kaçınma davranışlarını azaltmış, daha işlevsel düşünce biçimi ve davranışsal beceriler geliştirmelerine katkı sağlamıştır. Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı müdahalelerde farkındalığa verilen önem, biliş-davranış-düşünce bağlantısını ortaya koyan süreç, kullanılan teknikler, beceri kazandırmaya yönelik modüller, kendini izleme çalışmaları ve davranışsal deneyler gibi teknikler aracılığıyla danışanın aktif olmasını sağlayan terapi süreci, seans içi uygulamaların etkisinin seans dışında da devam etmesini sağlayan ev ödevleri ve nüks durumunda danışanların aktif başa çıkma becerilerini kullanabilmelerini mümkün kılan psiko-eğitimsel yapı danışanların zamanla kendi kendilerinin terapisti olmasına katkı sağlayan özelliklerdendir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlara dayalı olarak geliştirilen önerilere yer verilmiştir.

### 6. 1. Sonuçlar

1. Ön test, son test ve izleme ölçüm sonuçlarına göre bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı müdahale programı anksiyete duyarlılığını azaltmada etkilidir.
2. Müdahale programı sonrası tüm deney gruplarının AD puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma meydana gelmiştir. Kontrol gruplarının AD puanlarında ise anlamlı düzeyde herhangi bir azalma meydana gelmemiştir.
3. Deney gruplarının son test AD ölçümleri ile izleme ölçümleri arasında anlamlı bir fark oluşmamış dolayısıyla müdahale bittikten sonra da müdahalenin etkisi devam etmiştir. Benzer sonuçlar sosyal anksiyete düzeyi ve AD düzeyi yüksek deney grupları için de elde edilmiştir.
4. Sosyal anksiyetesi ve AD düzeyi yüksek deney gruplarında AD düzeyi azaldığında sosyal anksiyete düzeyi de istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmıştır. Kontrol gruplarının AD ve sosyal anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma meydana gelmemiştir.
5. Araştırmanın asıl uygulama kısmında yer alan kontrol gruplarının AD ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir yükselme meydana gelirken pilot uygulamada yer alan kontrol gruplarının AD ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir değişim meydana gelmemiştir.
6. Yapılan analizler, regresyon modelinin sosyal anksiyetede toplam varyansın %18'ini açıkladığını ortaya koymaktadır. Kurulan regresyon modelinde AD'nin bilişsel ve sosyal belirtilerden korkma bileşenlerinin modele katkısı anlamlı iken fiziksel belirtilerden korkma bileşeninin modele katkısı anlamlı değildir. Hem pilot hem de asıl uygulamada yer alan araştırma gruplarından benzer sonuçlar elde edilmiştir.

### 6. 2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı olarak psikolojik yardım mesleklerinde çalışanlara ve araştırmacılara yararlı olacağı düşünülen bazı öneriler aşağıda sunulmuştur.

### **6. 2. 1. Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler**

1. Geliştirilen programın etkililiğine ve katılımcıların oturumlardan ve uygulanan tekniklerden hangi düzeyde ve hangi açılardan yarar gördüğüne ilişkin derinlemesine incelemeler yapmak amacıyla nitel yaklaşım kullanılarak katılımcı görüşlerine başvurulabilir.
2. Geliştirilen programın etkililiği üniversite öğrencileri üzerinde sınanmıştır. Etkililiği araştırmadan elde edilen bulgularla ortaya konan bu müdahale programı, yaş ve gelişim dönemlerine göre gerekli revizyonlar yapılarak farklı yaş gruplarında uygulanabilir ve etkililiği sınanabilir.
3. AD, başta anksiyete problemleri olmak üzere ruhsal sıkıntılarda etkisi olan bir değişkendir. Dolayısıyla yüksek AD geliştirebilecek bireylerin belirlenmesi ve bu bireylere yönelik önleyici nitelikte psiko-eğitim verilmesi ruh sağlığını koruyucu etkiye sahip olabilir. Bu bağlamda çocuk ve ergen bireylere yönelik psikolojik yardım hizmetlerini yürüten rehber öğretmenlere AD'nin yapısı, psikolojik problemlerle ilişkisi ve azaltılmasına yardımcı olacak müdahale yöntemleri hakkında eğitimler verilebilir.
4. Psikolojik problemliliğin gelişimi ve sürdürülmesindeki etkisi bilimsel araştırmalarla ortaya konan AD'nin nasıl azaltılacağına ilişkin psikolojik yardım mesleklerinde çalışanlarla birlikte atölye çalışmaları yürütülebilir.
5. Psiko-eğitimsel nitelikteki bu müdahale programı AD düzeyi ve sosyal anksiyete düzeyi yüksek katılımcılara uygulanmıştır. Bu program AD düzeyi yüksek travmatik yaşantılara sahip, depresyonlu, takıntı-zorlantı eğilimi yüksek, panik belirtilere sahip, madde kullanma eğilimine sahip, yaygın anksiyete düzeyi yüksek veya sürekli anksiyete yaşayan gruplarda gerekli revizyonlar yapılarak uygulanabilir.
6. Psikolojik belirti düzeyi yüksek katılımcılarla bu müdahale programının kullanıldığı psiko-eğitimsel uygulamalar yürütülebilir.
7. Ruhsal sorunlara müdahalede etkililiği kanıtlanmış olan bilişsel-davranışçı terapilere dayalı teorik ve beceri kazandıran spesifik dersler PDR lisans programı içeriğine yerleştirilebilir.

### **6. 2. 2. İleride Yapılabilecek Araştırmalara Yönelik Öneriler**

1. AD'nin ruhsal problemlerle ilişkisini ortaya koyan boylamsal çalışmalar yapılması AD'nin yapısı ve psikolojik problemlerin sürdürülmesindeki rolü hakkında alan yazındaki bulgulara katkı sağlayabilir.

2. Bu araştırmada AD ile sosyal anksiyete ilişkisi ortaya konmuştur. AD'nin farklı psikolojik problemler (ör. yaygın anksiyete, OKB eğilimi gibi) ve belirtilerle (ör. TSSB belirtileri, uyku problemleri, panik belirtileri gibi) ilişkisini ortaya koyan çalışmalar yapılabilir.
3. Bu psiko-eğitim programı farklı örneklemlerde uygulanabilir ve etkililiği değerlendirilebilir.
4. Bu psiko-eğitim programı yüksek AD'yle birlikte farklı psikolojik problemler yaşayan gruplarda uygulanabilir ve müdahalenin etkililiği nicel ve nitel yaklaşımlarla değerlendirilebilir.



## 7. KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S., Taylor, S. and McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491-499.
- Abreu, N., Powell, V. B. and Sudak, D. (2012). Cognitive-behavioral therapy for depression. In I. R. de Oliveira, (Ed.), *Standard and innovative strategies in cognitive behavior therapy* (pp. 63-76). Croatia: InTech.
- Adler, A. (2004). *Yaşamın anlam ve amacı*. İstanbul: Say Yayınları.
- Adler, A. (2016). *İnsan doğası* (A. Özüpek, Çev.). Ankara: Yason Yayınları.
- Ak, S. ve Kılıç, C. (2017). Cinsiyet anksiyete duyarlılığı ve sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi etkiliyor mu? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(4), 240-245.
- Akça, F., Şahin, G. and Vazgeçer, B. (2011). Üniversite öğrencilerinin kendilik algıları, gestalt temas biçimleri ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(1), 18-28.
- Akça, Ö. F., Özkan, M. ve Tıraş-Berber, S. (2013). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete duyarlılığı ve dissosiyatif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 161-166.
- Akdemir, D. ve Çuhadaroğlu-Çetin, F. (2008). Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(1), 5-13.
- Albano, A. M. (1996). Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(2), 271-298.
- Alden, L. E. and Bieling, P. (1998). Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(1), 53-64.
- Alden, L. E. and Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical psychology review*, 24(7), 857-882.
- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S. and Kingery, J. N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 224-232.
- Alfano, C. A., Pina, A. A., Zerr, A. A. and Villalta, I. K. (2010). Pre-sleep arousal and sleep problems of anxiety-disordered youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 156-167.
- Alhamad, N. F., Al-Ohali, K. B. N. and Humidat, M. A. (2017). The level of social phobia and its relationship with psycho-social adjustment among Saudi Students in the Jordanian universities. *Dirasat: Educational Sciences*, 43, 1871-1886.



- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2003). Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 28(128), 65-71.
- Almond, R. (2007). Psikodinamik terapiler. In W. T. Roth (Ed.), *Anksiyete terapisi* (B. Büyükdere, Çev., s.189-214). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Altınay, D. (2012). *Psikodrama: 400 ısınma oyunu ve yardımcı etkinlik* (9. baskı). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- American Psychological Association [APA]. (2009). *APA college dictionary of psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği [APA]. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal elkitabı* (5. baskı, E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, E. R. and Hope, D. A. (2009). The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 18-26.
- Antony, M. M. and Rowa, K. (2008). *Social anxiety disorder: advances in psychotherapy—evidence based practice*. USA: Hogrefe Publishing.
- Antshel, K. M. and Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(1), 153-165.
- Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M. and Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of Endocrinology*, 160(1), 1-12.
- Arjanggi, R. and Kusumaningsih, L. P. S. (2016). The correlation between social anxiety and academic adjustment among freshmen. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 219, 104-107.
- Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., de Oliveira Latorre, M. R. D., Moreira, M. N. and Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-1136.
- Asbrand, J., Svaldi, J., Krämer, M., Breuninger, C. and Tuschen-Caffier, B. (2016). Familial accumulation of social anxiety symptoms and maladaptive emotion regulation. *PloS One*, 11(4), 1-14.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: empirical findings, clinical implications, and future directions. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 269-285). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Asmundson, G. J. and Norton, G. R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 771-777.

- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Psikolojiye giriş* (Y. Alogan, Çev.). Arkadaş Yayınları: Ankara.
- Averill, J. R. (1976). Emotion and anxiety: Sociocultural, biological, and psychological determinants. In M. Zuckerman & C. D. Spielberger (Eds.), *Emotion and anxiety: New concepts, methods, and applications* (pp. 87-130). New York: Psychology Press.
- Averill, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Avşar, F. and Alkaya, S. A. (2017). The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 36, 186-190.
- Babson, K. A., Trainor, C. D., Bunaciu, L. and Feldner, M. T. (2008). An examination of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between sleep anticipatory anxiety and sleep onset latency. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(3), 258-270.
- Bahallı, K., Yolga-Tahiroğlu, A. ve Avcı, A. (2009). Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 10, 310-317.
- Baker, A. W., Keshaviah, A., Goetter, E. M., Bui, E., Swee, M., Rosencrans, P. L. and Simon, N. M. (2017). Examining the role of anxiety sensitivity in sleep dysfunction across anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 15(3), 216-227.
- Bandelow, B. (2017). Comparison of the DSM–5 and ICD–10: Panic and other anxiety disorders. *CNS Spectrums*, 22(4), 404-406.
- Bandelow, B. and Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335.
- Bannister, D. (1985). The free-floating concept of anxiety. In E. Karas (Ed.), *Current issues in clinical psychology* (Volume 2, pp. 227-238). New York: Plenum Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. and Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Jama*, 283(19), 2529-2536.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. and Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 135-141.
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2016). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *Focus*, 14(2), 229-243.

- Bayramkaya, E., Toros, F. ve Özge, C. (2005). Ergenlerde sosyal fobi ile depresyon, öz kavram, sigara alışkanlığı arasındaki ilişki. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15(4), 165-173.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief a theory of modes personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T. (2008). *Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar* (V. Öztürk ve A. Türkcan, Çev., 2. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, A. T. (2016). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy—republished article. *Behavior Therapy*, 47(6), 776-784.
- Beck, A. T. and Alford, B. A. (2009). *Depression: causes and treatment* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. and Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(1), 23-36.
- Beck, A. T. ve Emery, G. (2011). *Anksiyete bozuklukları ve fobiler, bilişsel bir bakış açısı* (V. Öztürk, Çev., 2. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, R. and Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.
- Beck, A. T. and Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review Clinical Psychology*, 10(1), 1-24.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel davranışçı terapi: Temelleri ve ötesi* (M. Şahin, Çev.). Ankara: Nobel.
- Beck, J., Liese, B. S. and Najavits, L. M. (2005). Cognitive therapy. In R. J. Frances, S. I. Miller & A. H. Mack (Eds.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (pp. 474-501, 3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T. and Weishaar, M. E. (2011). Cognitive therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 342-382, 9th ed.). Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning.

- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. and Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, *64*(8), 903-912.
- Beesdo, K., Knappe, S. and Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*(3), 483-524.
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L. and Sarver, N. W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(8), 908-918.
- Beidel, D. C. and Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 918-924.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R. and Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(1), 46-53.
- Bendtsen, L. and Jensen, R. (2009). Tension-type headache. *Neurologic Clinics*, *27*(2), 525-535.
- Benítez, C. I. P., Shea, M. T., Raffa, S., Rende, R., Dyck, I. R., Ramsawh, H. J., ... Keller, M. B. (2009). Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: A 1-year follow-up study. *Depression and Anxiety*, *26*(4), 335-342.
- Berger, R. and Paran, E. (2002). Stress and hypertension. *Harefuah*, *141*(7), 626-30.
- Berman, R. M. and Schneier, F. R. (2004). Symptomatology and diagnosis of social anxiety disorder. In B. Bandelow and D. J. Stein (Eds.), *Social anxiety disorder* (pp. 1-16). New York: Marcel Dekker.
- Bernardi, S. and Pallanti, S. (2009). Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(6), 510-516.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. and Antony, M. M. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: The Guilford Press.
- Bienvenu, O. J. and Stein, M. B. (2003). Personality and anxiety disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, *17*(2), 139-151.
- Bierman, K. L. and Furman, W. (1984). The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. *Child Development*, *55*(1), 151-162.

- Binbay, Z. ve Koyuncu, A. (2012). Sosyal anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozukluğu eştanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 1-13.
- Blais, M. A., Otto, M. W., Zucker, B. G., McNally, R. J., Schmidt, N. B., Fava, M. and Pollack, M. H. (2001). The anxiety sensitivity index: item analysis and suggestions for refinement. *Journal of Personality Assessment*, 77(2), 272-294.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C. and Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117.
- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S. J. and O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11(5), 613-631.
- Blanchard, R. C., Blanchard, D. C., Griebel, G. and Nutt, D. J. (2008). *Handbook of anxiety and fear*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Reuman, L., Leonard, R. C. and Riemann, B. C. (2017). Anxiety sensitivity as a predictor of outcome in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 57, 113-117.
- Boelen, P. A. and Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130-135.
- Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J. and Sareen, J. (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depression and Anxiety*, 25(6), 477-481.
- Bornstein, M. R., Bellack, A. S. and Hersen, M. (1977). Social-skills training for unassertive children: A multiple-baseline analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(2), 183-195.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray, H. W., Fortune, M. R. and Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: a transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy*, 44(3), 417-431.
- Bourne, E. J. (1995). *The anxiety and phobia workbook*. New York: MJF Books.
- Bourne, E. J. (2010). *The anxiety and phobia workbook* (5th ed.). Oakland: Harbinger Publications, Inc.
- Bowen, R., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, M. T. and Stein, M. B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research*, 157(1), 201-209.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York, Basic Books.

- Boyd, J. H. and Crump, T. (1991). Westphal's agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(1), 77-86.
- Braga, R. J., Reynolds, G. P. and Siris, S. G. (2013). *Anxiety comorbidity in schizophrenia. Psychiatry Research*, 210(1), 1-7.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D. and Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 434-441.
- Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Grover, K. W., Hogan, J., Bakhshaie, J. and Gonzalez, A. (2015). The mediating role of anxiety sensitivity in the relation between avoidant coping and posttraumatic stress among trauma-exposed HIV+ individuals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 146-153.
- Bravo, I. M. and Silverman, W. K. (2001). Anxiety sensitivity, anxiety, and depression in older patients and their relation to hypochondriacal concerns and medical illnesses. *Aging & Mental Health*, 5(4), 349-357.
- Breier, A., Charney, D. S. and Heninger, G. R. (1986). Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. *Archives of General Psychiatry*, 43(11), 1029-1036.
- Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Rabian, B. A. and Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research And Therapy*, 42(2), 125-136.
- Broman-Fulks, J. J. and Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2), 117-128.
- Broota, A. and Dhir, R. (1990). Efficacy of two relaxation techniques in depression. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 6(1), 83-90.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G. and Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26(3), 467-486.
- Brown, E. J., Pearlman, M. Y. and Goodman, R. F. (2004). Facing fears and sadness: cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(4), 187-198.
- Brumariu, L. E. and Kerns, K. A. (2008). Mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(5), 393-402.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. and Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.
- Budak, S. (2009). *Psikoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.

- Buckner, J. D., Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J. and Schmidt, N. B. (2007). Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2238-2252.
- Buckner, J. D., Eggleston, A. M. and Schmidt, N. B. (2006). Social anxiety and problematic alcohol consumption: The mediating role of drinking motives and situations. *Behavior Therapy*, 37(4), 381-391.
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Ecker, A. H. and Vinci, C. (2013). A biopsychosocial model of social anxiety and substance use. *Depression and Anxiety*, 30(3), 276-284.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Bobadilla, L. and Taylor, J. (2006). Social anxiety and problematic cannabis use: evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1007-1015.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C. and Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230-239.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. Kaknüs yayınları: İstanbul.
- Burri, A., Spector, T. and Rahman, Q. (2012). The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(7), 1887-1896.
- Burstein, M., He, J. P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S. and Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: Prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 870-880.
- Buschmann, T., Horn, R. A., Blankenship, V. R., Garcia, Y. E. and Bohan, K. B. (2017). The Relationship Between Automatic Thoughts and Irrational Beliefs Predicting Anxiety and Depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 36(2), 1-26.
- Buss, K. A. (2011). Which fearful toddlers should we worry about? Context, fear regulation, and anxiety risk. *Developmental Psychology*, 47(3), 804-819.
- Buss, K. A., Davis, E. L., Kiel, E. J., Brooker, R. J., Beekman, C. and Early, M. C. (2013). Dysregulated fear predicts social wariness and social anxiety symptoms during kindergarten. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 603-616.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. and Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Butler, G., Fennell, M. and Hackmann, A. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Mastering clinical challenges*. New York: The Guilford Press.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (17. baskı). Ankara: PegemA.

- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming* (2nd. ed). New York: Routledge.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruiria, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. and Ciso-A Research Team. (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Personality and Individual Differences*, 64, 35-40.
- Calamari, J. E., Rector, N. A., Woodard, J. L., Cohen, R. J. and Chik, H. M. (2008). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder. *Assessment*, 15(3), 351-363.
- Calkins, A. W., Hearon, B. A., Capozzoli, M. C. and Otto, M. W. (2013). Psychosocial predictors of sleep dysfunction: the role of anxiety sensitivity, dysfunctional beliefs, and neuroticism. *Behavioral Sleep Medicine*, 11(2), 133-143.
- Campbell, I. M. (1985). The psychology of homosexuality. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 153-180). New York: Plenum Press.
- Campbell, T. S., Johnson, J. A. and Zernicke, K. A. (2013). General adaptation syndrome. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 842-844). New York: Springer.
- Caplan, S. E. (2006). Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 10(2), 234-242.
- Cappadocia, M. C. and Weiss, J. A. (2011). Review of social skills training groups for youth with Asperger syndrome and high functioning autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 70-78.
- Capps, L. and Ochs, E. (1995). *Constructing panic: the discourse of agoraphobia*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Carlson, N. (2011). *Foundations of behavioral neuroscience* (8th ed.). Pearson: Boston.
- Carr, A. (2012). *Clinical psychology: An introduction*. East Sussex: Routledge.
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. and Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436.
- Chase, R. M. and Pincus, D. B. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(4), 224-236.
- Chen, C., Li, C., Wang, H., Ou, J. J., Zhou, J. S. and Wang, X. P. (2014). Cognitive behavioral therapy to reduce overt aggression behavior in Chinese young male violent offenders. *Aggressive Behavior*, 40(4), 329-336.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.



- Clark, D. M. (1994). Cognitive Therapy for Panic Disorder. In B. Wolfe and Maser, J. D. (Eds.), *Treatment of Panic Disorder: A Consensus Development Conference* (pp. 121-132). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2012). *The anxiety & worry workbook: The cognitive behavioral solution*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavioral therapy* (pp. 119-154). New York: Oxford University Press Inc.
- Clark D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. In W.R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 193-218). New York: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. and Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 164(6), 759-769.
- Clark, D. B., Smith, M. G., Neighbors, B. D., Skerlec, L. M. and Randall, J. (1994). Anxiety disorders in adolescence: Characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychology Review*, 14(2), 113-137.
- Clark, D. M. and Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Clemens., N. A. (2003). A psychodynamic perspective on anxiety. *Journal Psychiatry Practice*, 9(5), 385-387).
- Clement, Y. and Chapouthier, G. (1998). Biological bases of anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 22(5), 623-633.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. A., Deblinger, E. and Mannarino, A. P. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research*, 28(1), 47-57.
- Comeau, N., Stewart, S. H. and Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26(6), 803-825.
- Cooley, E. L. and Nowicki Jr, S. (1984). Locus of control and assertiveness in male and female college students. *The Journal of Psychology*, 117(1), 85-87.
- Cooper, Z. and Shafran, R. (2008). Cognitive behaviour therapy for eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 713-722.

- Corey, G. (2008). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuram ve uygulamaları* (T. Ergene, Çev.). Mentis Yayıncılık: Ankara.
- Cosoff, S. J. and Julian Hafner, R. (1998). The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 67-72.
- Cox, B. J., Borger, S. C. and Enns, M. W. (1999). Anxiety Sensitivity and Emotional Disorders: Psychometric Studies and their Theoretical Implications. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 115-148). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cox, T. and Cox, S. (1985). The Role of the Adrenals in the Psychophysiology of Stress. In E. Karas (Ed.), *Current issues in clinical psychology* (pp. 175-190). New York: Plenum Press.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Freeman, P. and Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 39(11), 1349-1356.
- Creed, T. A., Reisweber, J. and Beck, A. T. (2014). *Okul ortamlarında bilişsel terapi* (S. Özgüngör, Çev. Ed.). Ankara: Nobel.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Boston: Pearson Education, Inc.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed method approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Crozier, W. R. and Alden, L. E. (2009). *Coping with shyness and social phobia: A guide to understanding and overcoming social anxiety*. London: Oneworld Publications.
- Csoti, M. (2003). *School phobia, panic attacks and anxiety in children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M. and Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-258.
- Cüceloğlu, D. (1990). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çakmak, S. S. ve Ayvasik, H. B. (2007). Üniversite öğrencilerinde alkol kullanma nedenleri ile kaygı duyarlılığı arasındaki ilişki. *Türk Psikoloji Dergisi*, 22(60), 91-107.
- Dağ, I. (1991). Belirti tarama listesi (Scl-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği [Reliability and validity of the symptom check list (SCL-90-R) for university students]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.
- Darcy, K., Davila, J. and Beck, J. G. (2005). Is social anxiety associated with both interpersonal avoidance and interpersonal dependence? *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 171-186.

- Daş, C. (2010). *Gestalt terapi*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Davidson, K. M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for personality disorders. *Psychiatry*, 7(3), 117-120.
- Davidson, J. R., Dawson, S. and Krsmanovic, A. (2017). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in a Primary Care Setting. *Behavioral Sleep Medicine*, 1-13.
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R. and Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(8), 842-855.
- De Souza, R. (1987). *The rationality of emotion*. London: The MIT Press.
- Deacon, B. and Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 837-857.
- Deardorff, J., Hayward, C., Wilson, K. A., Bryson, S., Hammer, L. D. and Agras, S. (2007). Puberty and gender interact to predict social anxiety symptoms in early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 102-104.
- Deblinger, E., Steer, R. A. and Lippmann, J. (1999). Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Deckersbach, T., Gershuny, B. S. and Otto, M. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy for depression: Applications and outcome. *Psychiatric Clinics*, 23(4), 795-809.
- DeHaas, R. A., Calamari, J. E., Bair, J. P. and Martin, E. D. (2001). Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26(6), 787-801.
- Dehnavi, F. and Ebrahimi, M. I. (2016). Effect of assertiveness skills training on the level of aggression in high school first grade female students in Qorveh city. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, 3, 1421-1434.
- Delprato, D. J. and McGlynn, F. D. (1984). Behavioral theories of anxiety disorders. In S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 1-49). New York: Plenum Press.
- DeMartini, K. S. and Carey, K. B. (2011). The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 169-177.
- Detweiler, M. F., Comer, J. S., Crum, K. I. and Albano, A. M. (2014). social anxiety in children and adolescents: biological, developmental, and social considerations. In S. G. Hofmann and P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 256-309, 3rd ed.). USA: Elsevier.

- Dhanpal, H. N. and Paul, A. (2015). Effectiveness of assertive training programme on relieving the academic stress and anxiety. *International Journal of Nursing Critical Care*, 1(1), 26-29.
- Dilbaz, N. (1997). Sosyal fobi. *Psikiyatri Dünyası*, 1(1), 18-24.
- Dilbaz, N. (2000). Sosyal anksiyete bozukluğu: tanı, epidemiyoloji, etioloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(2), 3-21.
- Diriöz, M., Alkin, T., Yemez, B., Eminağaoğlu, N. ve Onur, E. (2012). Ayrılma anksiyetesi belirtileri için yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri/Psychometric properties of the turkish version of the structural clinical interview for separation anxiety symptoms. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 49(1), 6-13.
- Dixon, L. J., Lee, A. A., Gratz, K. L. and Tull, M. T. (2018). Anxiety sensitivity and sleep disturbance: Investigating associations among patients with co-occurring anxiety and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 9-15.
- Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Gara, M. A., Mark, M. H., Tiu, J., ... Friedman, J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson's disease: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 168(10), 1066-1074.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Dobson, K. S. (2010). Depresyonun bilişsel terapisi. M. A. Whisman (Ed.), *Depresyonun uyarlamalı bilişsel terapisi: Karmaşıklık ve eşanlılık yönetimi* içinde (s. 25-66). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Dobson, K. S. and Dozois, D. J. A. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 3-38, 3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W. and Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 1-8.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D. and Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Dugas, M. J., Schwartz, A. and Francis, K. (2004). Brief report: intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(6), 835-842.
- Dymond, S. and Roche, B. (2009). A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*, 32(1), 7-27.
- Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M. and Riper, H. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS One*, 10(3), 1-15.

- Eells, T. D. (2009). *Psikoterapi vaka formülasyonu el kitabı*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. and Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431.
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M. and Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153-166.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 164-172.
- Eley, T. C., Stirling, L., Ehlers, A., Gregory, A. M. and Clark, D. M. (2004). Heart-beat perception, panic/somatic symptoms and anxiety sensitivity in children. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 439-448.
- Elhadad, A. A., Alzaala, M. A., Alghamdi, R. S., Asiri, S. A., Algarni, A. A. and Elthabet, M. M. (2017). Social phobia among Saudi medical students. *Middle East Current Psychiatry*, 24(2), 68-71.
- Ellis, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 325-340.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Ellis, A. (1994). Reflections on Rational– Emotive Therapy. In M. J. Mahoney, (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research, and practice* (pp. 69-73). Broadway, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Ellis, A. (2003a). Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21(3), 183-191.
- Ellis, A. (2003b). Similarities and differences between rational emotive behavior therapy and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(3), 225-240.
- Ellis, A. (2011). Rational emotive behavior therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 196-234, 9th ed.). Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Ellis, A. and Bernard, M. E. (1985). What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Clinical applications of rational-emotive therapy* (pp. 1-30). New York: Plenum Press.
- Ellis, A., David, D. and Lynn, S. J. (2009). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. In D. David, S. J. Lynn & A. Ellis (Eds.), *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice* (pp. 3-22). New York: Oxford University Press.
- Ellis, A. and Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer Publishing Company.

- Emmelkamp, P. M., Benner, A., Kuipers, A., Feiertag, G. A., Koster, H. C. and Van Apeldoorn, F. J. (2006). Comparison of brief dynamic and cognitive-behavioural therapies in avoidant personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 60-64.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. and Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1(4), 365.
- Erath, S. A., Flanagan, K. S. and Bierman, K. L. (2007). Social anxiety and peer relations in early adolescence: Behavioral and cognitive factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(3), 405-416.
- Erözkan, A. (2011). Investigation of social anxiety with regards to anxiety sensitivity, self-esteem, and interpersonal sensitivity. *Elementary Education Online*, 10(1), 338-347.
- Erözkan, A. (2012). Examination of Relationship Between Anxiety Sensitivity and Parenting Styles in Adolescents. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12(1), 52-57.
- Ersoy, F., Edirne, T. ve Oğuz, T. F. (2003). Birinci basamakta anksiyete bozuklukları. *Sted*, 12(9), 326-327.
- Eslami, A. A., Rabiei, L., Afzali, S. M., Hamidizadeh, S. and Masoudi, R. (2016). The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety, and depression of high school students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(1), 1-10.
- Essau, C. A., Conradt, J. and Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 831-843.
- Etkin, A. and Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476-1488.
- Evren, C. (2010). Sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 473-515.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Faghihi, F. and Goodarzi, K. (2017). Effectiveness of group assertiveness training in social anxiety and meta-cognitive beliefs of students living in the dormitory. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 8(2), 43-48.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A. and Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.

- Fairburn, C. G. and Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.
- Fang, A. and Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 1040-1048.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. and Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 816-820.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. and Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257-265.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T. and Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.
- Fenichel, O. (1999). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Oxon: Routledge.
- Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Erten, E., Duran, Ş. ve Sungur, M. (2015). Sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı terapi: Güncel kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 229-243.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using ibm statistics* (4th ed.). London: Sage Publications.
- Fink, M., Akimova, E., Spindelegger, C., Hahn, A., Lanzenberger, R. and Kasper, S. (2009). Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 533-542.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C. and Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241-249.
- Flannery-Schroeder, E., Sieberg, C. B. ve Gosch, E. A. (2007). Cognitive-Behaviour Group Treatment for Anxiety Disorders. In R. W. Christner, J. L. Stewart & A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: Specific settings and presenting problems* (pp. 199- 222). New York: Routledge.
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Forbes, E. E. and Dahl, R. E. (2010). Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and Cognition*, 72(1), 66-72.
- Forsyth, J. P., Barrios, B. and Acheson, D. T. (2007). Exposure therapy and cognitive interventions for the anxiety disorders overview and newer third generation

- perspectives. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 61-108). New York: Academic Press / Elsevier.
- Fraenkel, J. R., Wallen, N. E. and Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education* (8th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Francesco, P., Mauro, M. G., Gianluca, C. and Enrico, M. (2010). The efficacy of relaxation training in treating anxiety. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(3-4), 264-269.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. and Simon, K. M. (2004). *Clinical applications of cognitive therapy* (2nd ed.). New York: Springer Science+Business Media.
- Friman, P. C., Hayes, S. C. and Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 137-156.
- Gallagher, M. W., Payne, L. A., White, K. S., Shear, K. M., Woods, S. W., Gorman, J. M. and Barlow, D. H. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: the unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767-777.
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V. and Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883.
- Gallo, L. C. and Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1), 10-51.
- Gates, J. A., Kang, E. and Lerner, M. D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 164-181.
- Gavranidou, M. and Rosner, R. (2003). The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 17(3), 130-139.
- Gazelle, H., Workman, J. O. and Allan, W. (2010). Anxious solitude and clinical disorder in middle childhood: Bridging developmental and clinical approaches to childhood social anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 1-17.
- Geçtan, E. (2002). *Psikanaliz ve sonrası*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Geçtan, E. (2003). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gelder, M. (1997). The scientific foundations of cognitive behavioral therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavioral therapy* (pp. 27-46). New York: Oxford University Press Inc.



- Gillin, J. C. (1998). Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(393), 39-43.
- Ginsburg, G. S. and Drake, K. L. (2002). Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology among low-income African-American adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 83-96.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M. and Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175-185.
- Goldin, P. R., Morrison, A., Jazaieri, H., Brozovich, F., Heimberg, R. and Gross, J. J. (2016). Group CBT versus MBSR for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(5), 427-437.
- Goldstein, R. D. and Gruenberg, A. M. (2007). Interpersonal psychotherapy. In R. A. Ditomasso & E. A. Gosch (Eds.), *Anxiety Disorders: A practitioner's guide to comparative treatments* (pp. 206-222). New York: Springer Publishing Company.
- Goldstein, A. P., McGinnis, E., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. ve Klein, P. (1997). *Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills* (Revised ed.). USA: McNaughton & Gum.
- Gorman, J. M. (2001). Generalized anxiety disorder. *Clinical Cornerstone*, 3(3), 37-43.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H. and Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28(2), 285-305.
- Görgü, N. S. ve Sütcü, S. T. (2016). İşlevsel olmayan öfkenin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Ek 1), 129-143.
- Grant, D. M., Beck, J. G. and Davila, J. (2007). Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2247-2255.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. and Huang, B. (2005a). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39(1), 1-9.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., ... Huang, B. (2005b). The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), 1351-1361.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816.

- Gray, J. A. and McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the function of the septo-hippocampal system* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Greco, L. A. and Morris, T. L. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 36(2), 197-205.
- Green, S. B. ve Salkind, N. J. (2013). *Using SPSS for Windows and Macintosh: analyzing and understanding data* (7th ed.). New Jersey: Pearson.
- Greenberger, D. and Padesky, C. A. (2015). *Mind over mood: change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press.
- Gresham, F. M. (1981). Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Educational Research*, 51(1), 139-176.
- Gresham, F. M. (1998). Social skills training: Should we raze, remodel, or rebuild? *Behavioral Disorders*, 24(1), 19-25.
- Griffin, R. W. and Moorhead, G. (2013). *Organizational behavior: Managing people and organizations* (11th ed.). Canada: Cengage Learning.
- Gross, C. and Hen, R. (2004). The developmental origins of anxiety. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 545-552.
- Gruber, K. ve Heimberg, R. (2007). Sosyal anksiyete için bir bilişsel-davranışçı tedavi paketi. W. T. Roth (Ed.), *Anksiyete terapisi içinde* (s. 287-322). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Güleç, C. (2009). *Psikiyatrinin ABC'si*. Ankara: Say.
- Gültekin, B. K. and Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158.
- Hackmann, A., Surawy, C. and Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: a study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 3-12.
- Hackney H. ve Cormier, S. (2008). *Psikolojik danışma ilke ve teknikleri: psikolojik yardım süreci el kitabı* (T. Ergene & S. Aydemir-Sevim, Çev.). Mentis Yayıncılık: Ankara.
- Hagopian, L. P. and Ollendick, T. H. (1996). Behavioral inhibition and anxiety sensitivity: A reanalysis. *Personality and Individual Differences*, 21(2), 247-252.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Han, K. S., Kim, L. and Shim, I. (2012). Stress and sleep disorder. *Experimental Neurobiology*, 21(4), 141-150.

- Harvey, A. G., Bryant, R. A. and Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522.
- Hawvard, C. and Collier, J. (2008). Anksiyete bozuklukları. H. Steiner, (Ed.), *Ergen terapisi içinde* (s. 181-212). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. ve Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. and Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 207-214.
- Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H. and March, S. (2017). A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder? *Journal of Affective Disorders*, 208, 33-40.
- Heckelman, L. R. and Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G. and Lindefors, N. (2010). Effectiveness and cost offset analysis of group CBT for hypochondriasis delivered in a psychiatric setting: an open trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(4), 239-250.
- Heim, C. and Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A. and Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives*, (pp. 396-422, 2nd ed.). Burlington (USA): Academic Press.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. and Schneier, F. R. (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C. and Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 469-476.
- Henderson, L., Gilbert, P. and Zimbardo, P. (2014). Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 94-115, 3rd ed.). USA: Elsevier.

- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K. and Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 36(2), 125-138.
- Hettema, J. M. (2008, May). What is the genetic relationship between anxiety and depression? In *American journal of medical genetics part C: Seminars in medical genetics* (Vol. 148, No. 2, pp. 140-146). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A. and Kendler, K. S. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American journal of Psychiatry*, 163(5), 857-864.
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R. and Westenberg, P. M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 870-878.
- Hirsch, C. R., Clark, D. M., Mathews, A. and Williams, R. (2003). Self-images play a causal role in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 909-921.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R., and Morrison, J. (2003). Negative self-imagery blocks inferences. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1383-1396.
- Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M. and Doll, H. (2008). Can Clark and Wells'(1995) cognitive model of social phobia be applied to young people? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 449-461.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. and Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199-212.
- Hofmann, S. G. and DiBartolo, P. M. (2007). Bilişsel terapi teknikleri. W. T. Roth (Ed.), *Anksiyete terapisi içinde* (s. 89-116). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. and Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy And Research*, 36(5), 427-440.
- Hofmann, S. G., Litz, B. T. and Weathers, F. W. (2003). Social anxiety, depression, and PTSD in Vietnam veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 573-582.
- Hofmann, S. G. and Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. New York: Tylor & Francis Group.

- Hofmann, S. G. and Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hoge, E. A., Marques, L., Wechsler, R. S., Lasky, A. K., Delong, H. R., Jacoby, R. J., ... Simon, N. M. (2011). The role of anxiety sensitivity in sleep disturbance in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 536-538.
- Hollander, E. and Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 27-31.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R. and Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (Client Workbook)*. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Hopps, S. L., Pépin, M. and Boisvert, J. M. (2003). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter relaychat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(1-2), 136-142.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D. and Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144-1147.
- In-Albon, T. and Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24.
- Inglés, C. J., González-Maciá, C., García-Fernández, J. M., Vicent, M. and Martínez-Monteagudo, M. C. (2015). Current status of research on school refusal. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 37-52.
- Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D., and Scher, C. (2005). Social anxiety and depression. In W. R. Crozier and L. E. Alden (Eds.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 241-264). England: John Wiley and Sons Ltd.
- Intrieri, R. C. and Margentina, S. J. (2017). Attachment and its relationship to anxiety sensitivity. *Current Psychology*, 36, 1-15.
- Jafar, H. M., Salabifard, S., Mousavi, S. M. and Sobhani, Z. (2016). The effectiveness of group training of CBT-based stress management on anxiety, psychological hardiness and general self-efficacy among university students. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 47-54.
- Jakubec, D. F. and Taylor, C. B. (1999). Medical aspects of panic disorder and its relationship to other medical conditions. In D. Nutt, J. C. Ballenger & J. P. Lepine (Eds.), *Panic disorders: Clinical diagnosis, management and mechanisms* (pp. 109-124). London: Martin Dunitz Ltd.

- Jarrett, M. A. and Ollendick, T. H. (2008). A conceptual review of the comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety: Implications for future research and practice. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1266-1280.
- Jensen, R. H. (2017). Tension-type headache—the normal and most prevalent headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 58(2), 339-345.
- Joiner, T. E., Schmidt, N. B., Schmidt, K. L., Laurent, J., Catanzaro, S. J., Perez, M. and Pettit, J. W. (2002). Anxiety sensitivity as a specific and unique marker of anxious symptoms in youth psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 167-175.
- Jones, W. H., Rose, H. and Russell, D. (1990). Loneliness and social anxiety. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 247-258). New York: Springer Science & Business Media.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised and updated ed.). New York: The Random House Publishing Group.
- Kaeppler, A. K. and Erath, S. A. (2017). Linking social anxiety with social competence in early adolescence: Physiological and coping moderators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 371-384.
- Kagan, J., Reznick, J. S. and Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Development*, 1459-1473.
- Kagan, J., Reznick, J. S. and Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171.
- Kagan, J. and Snidman, N. (1999). Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1536-1541.
- Kağan, M. (2012). Üniversite öğrencilerinde patolojik endişeyi yordayan demografik ve psikolojik özellikler. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 145-156.
- Kalyon, A., Dadandı, İ. and Yazıcı, H. (2016). The relationships between self-handicapping tendency and narcissistic personality traits, anxiety sensitivity, social support, academic achievement. *Düşünen Adam*, 29(3), 237-246.
- Kanchanatawan, B., Sirivichayakul, S., Carvalho, A. F., Anderson, G., Galecki, P. and Maes, M. (2018). Depressive, anxiety and hypomanic symptoms in schizophrenia may be driven by tryptophan catabolite (TRYCAT) patterning of IgA and IgM responses directed to TRYCATs. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 80, 205-216.
- Kang, M. J. and Lee, H. (2006). The effect of assertiveness training on communication related factors and personnel turnover rate among hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36(5), 681-690.

- Kanter, J. W., Tsai, M. and Kohlenberg, R. J. (2010). Introduction to the Practice of Functional Analytic Psychotherapy. In J. W. Kanter, M. Tsai & R. J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 1-10). New York: Springer.
- Karadağ, F. (2010). Anksiyete bozukluklarında beyin görüntüleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 3(4), 19-30.
- Karahan, T. F., Sakdoğan, M., Özkamalı, E. ve Dicle, A. (2005). Üniversite öğrencilerinin üniversite yaşamına uyum düzeylerinin denetim odağı ve atılganlık düzeyleri açısından incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 6-15.
- Karakoç-Demirkaya, S. (2015). Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(3), 52-60.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45, 65-74.
- Kashdan, T. B., Weeks, J. W. and Savostyanova, A. A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: A self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 786-799.
- Kaufman, J. and Charney, D. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12(S1), 69-76.
- Kauffman, J. M. ve Landrum, T. L. (2015). *Duygusal ve davranışsal bozukluğu olan çocukların ve gençlerin özellikleri* (S. Kaner, Çev. Ed.). Ankara: Nobel.
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., and Price Foundation Collaborative Group. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2215-2221.
- Kayri, M. (2009). Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (Post-Hoc) Teknikleri. *Fırat University Journal of Social Science*, 19(1), 51-64.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3), 451-471.
- Kearney, C. A., Albano, A. M., Eisen, A. R., Allan, W. D. and Barlow, D. H. (1997). The phenomenology of panic disorder in youngsters: An empirical study of a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 49-62.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R. and Reilly, S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*, 37(3), 151-163.
- Keil, V., Asbrand, J., Tuschen-Caffier, B. and Schmitz, J. (2017). Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: evidence for a transdiagnostic phenomenon. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 749-757.

- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 85-94.
- Keough, M. E. and Schmidt, N. B. (2012). Refinement of a brief anxiety sensitivity reduction intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 766-772.
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S. Ö. ve Üstündağ, M. F. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321-342.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. and Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. and Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kılıç, E. Z., Kılıç, C. and Yılmaz, S. (2008). Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *Journal of Psychosomatic Research*, 65(1), 81-86.
- Kierkegaard, S. (2015). *Kaygı kavramı* (8. baskı). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Kinrys, G. and Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: Does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 43-50.
- Klainin-Yobas, P., Oo, W. N., Suzanne Yew, P. Y. and Lau, Y. (2015). Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: A systematic review. *Aging & Mental Health*, 19(12), 1043-1055.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Knapp, P. and Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 54-64.
- Knapp, A. A., Blumenthal, H., Mischel, E. R., Badour, C. L. and Leen-Feldner, E. W. (2016). Anxiety sensitivity and its factors in relation to generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(2), 233-244.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Yeh, Y. C. and Yen, C. F. (2009). Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: A 2-year prospective study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(10), 937-943.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S. and Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: A review of the literature. *European Psychiatry*, 27(1), 1-8.
- Kocabaşoğlu, N. (2008). Anksiyete bozukluklarına Genel bir bakış. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 175-184.



- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., ... and Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 58-67.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B. and Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19, 6-16.
- Kohlenberg, R. J. and Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175-201.
- Kotov, R., Watson, D., Robles, J. P. and Schmidt, N. B. (2007). Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behaviour Research And Therapy*, 45(7), 1485-1503.
- Kotrba, A., (2015). *Selective mutism: An assessment and intervention guide for therapists, educators & parents*. Eau Claire: PESI Publishing & Media.
- Koyuncu, A. (2012). *Utangaçlık, çekingenlik ve sosyal fobi* (2. baskı). İstanbul: Liman Yayınları.
- Köknel, Ö. (2013). *Kaygıdan korkuya*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Köroğlu, E. (2009). Düşünsel duygulanımcı davranış terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 2(2), 68-76.
- Köroğlu, E. (2011). *Kaygılarımız korkularımız* (3. baskı). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2015). *Akılcı duygulanım davranış terapisi*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kroenke, K. and Swindle, R. (2000). Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 205-215.
- Krohne, H. W. (2002). Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social Behavioral Sciences*, 22, 15163-15170.
- Kropp, P., Meyer, B., Dresler, T., Fritsche, G., Gaul, C., Niederberger, U., ... and Straube, A. (2017). *Relaxation techniques and behavioural therapy for the treatment of migraine: Guidelines from the German Migraine and Headache Society*. Berlin, Germany: Schmerz.
- Kropp, P., Meyer, B., Meyer, W. and Dresler, T. (2017). An update on behavioral treatments in migraine—current knowledge and future options. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(11), 1059-1068.
- Kulkarni, S., O'Farrell, I., Erasi, M. and Kochar, M. S. (1998). Stress and hypertension. *WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin*, 97(11), 34-38.
- La Greca, A. M. and Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal Of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.

- La Greca, A. M. and Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94.
- La Greca, A. M. and Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27.
- Lampe, L. and Sunderland, M. (2015). Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different? *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 115-130.
- Lang, C., Nir, Z., Gothelf, A., Domachevsky, S., Ginton, L., Kushnir, J. and Gothelf, D. (2016). The outcome of children with selective mutism following cognitive behavioral intervention: a follow-up study. *European Journal of Pediatrics*, 175(4), 481-487.
- Laposa, J. M., Collimore, K. C., Hawley, L. L. and Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 33, 8-14.
- Lauterbach, D. and Gloster, A. T. (2007). Description, Mechanisms of Action, and Assessment. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 1–28). New York: Academic Press / Elsevier.
- Lazarus, A. A. (1966). Behaviour rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in effecting behaviour change. *Behaviour Research and Therapy*, 4(3), 209-212.
- Lazarus, A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-22.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leahy, R. L. (2007). Bilişsel terapi müdahaleleri. T. Özakkaş (Ed.), *Bilişsel terapi ve uygulamaları* içinde (s. 23-39, H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Leahy, R. L. (2008). *Bilişsel terapi yöntemleri* (H. Türkçapar & E. Köroğlu, Çev. Ed.). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Leary, M. R., Kowalski, R. M. and Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22(3), 308-321.

- LeCroy, C. W. (1994). Social skills training. In C. W. LeCroy (Ed.), *Handbook of child and adolescent treatment manuals*. New York: Lexington Books.
- LeCroy, C. W. (2008). Social Skills Training: A Treatment Manual. In C. W. LeCroy (Ed.), *Handbook of evidence-based treatment manuals for children and adolescents* (pp. 99-136, 2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lee, S. and Crockett, M. S. (1994). Effect of Assertiveness Training on Levels of Stress and Assertiveness Experienced by Nurses in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 419-432.
- Levenkron, S. ve Levenkron, A. (2013). *Çalınan Yarınlar: Kadınların çocukken uğradığı cinsel istismarı anlamak ve tedavi etmek*. Ankara: Paloma Yayınları
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. and Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R. and Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109-117.
- Li, Z. J., Guo, Z. H., Wang, N., Xu, Z. Y., Qu, Y., Wang, X. Q., ... Kingdon, D. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychological Medicine*, 45(9), 1893-1905.
- Li, W. and Zinbarg, R. E. (2007). Anxiety sensitivity and panic attacks: A 1-year longitudinal study. *Behavior Modification*, 31(2), 145-161.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. and Klein, D. F. (1985). Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(7), 729-736.
- Lies, J., Lau, S. T., Jones, L. E., Jensen, M. P. and Tan, G. (2017). Predictors and moderators of post-traumatic stress disorder: an investigation of anxiety sensitivity and resilience in individuals with chronic pain. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 46(3), 102-110.
- Lilienfeld, S. O. (1996). Anxiety sensitivity is not distinct from trait anxiety. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 228-244). New York: Guilford Press, New York.
- Lilienfeld, S. O., Jacob, R. G. and Turner, S. M. (1989). Comment on Holloway and McNally's (1987) 'Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 100-102.
- Lilienfeld, S. O., Turner, S. M. and Jacob, R. G. (1993). Anxiety sensitivity: An examination of theoretical and methodological issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15(2), 147-183.
- Lilienfeld, S. O., Turner, S. M. and Jacob, R. G. (1996). Further comments on the nature and measurement of anxiety sensitivity: A reply to Taylor (1995b). *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 411-424.

- Lin, Y. R., Shiah, I. S., Chang, Y. C., Lai, T. J., Wang, K. Y. and Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, 24(8), 656-665.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., Heard, H. L. and Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Lochman, J. E., Powell, N. P., Boxmeyer, C. L. and Jimenez-Camargo, L. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 20(2), 305-318.
- Lodico, M. G., Spaulding, D. T. and Voegtle, K. H. (2010). *Methods in educational research: From theory to practice* (2nd ed.). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Lucock, M. P. and Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 297-302.
- Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J. and McEwen, B. S. (2000). Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry*, 48(10), 976-980.
- Lydiard, R. B. (2001). Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *The Journal of clinical psychiatry*, 62, 17-24.
- Makkar, S. R. and Grisham, J. R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behaviour Research And Therapy*, 49(10), 654-664.
- Maller, R. G. and Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., ... Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1423-1430.
- Mansell, W. (2007). *Coping with Fears and Phobias A step-by-step guide to understanding and facing your anxieties*. Oxford: Oneworld Publications.
- Mantar, A, Yemez, B. ve Alkın, C. (2010). *Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 225-234.
- Mantar, A, Yemez, B. ve Alkın, T. (2011). Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 187-93.

- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G. and Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 1-12.
- Mardi, A. A. H. and Khalatbari, J. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal*, 16(2), 41-47.
- Marks, I. M. and Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.
- Marshall, G. N., Miles, J. N. and Stewart, S. H. (2010). Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 143-150.
- Mattis, S. G. and Ollendick, T. H. (1997). Children's cognitive responses to the somatic symptoms of panic. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(1), 47-57.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J. and Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. New York: W. W. Norton & Company.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. and Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368-376.
- McCabe, R. E. and Antony, M. M. (2002). Specific and social phobia. In M. M. Antony & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 113-146). New York: The Guilford Press.
- McCallie, M. S., Blum, C. M. and Hood, C. J. (2006). Progressive muscle relaxation. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 13(3), 51-66.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H. and Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(4), 525-541.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: The Guilford Press.
- McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I. and Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive Behaviors*, 34(10), 892-897.

- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K. and Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8), 580-593.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 227(1), 104-113.
- McLaughlin, K. A. and Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 659-669.
- McLaughlin, T., Geissler, E. C. and Wan, G. J. (2003). Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 23(10), 1251-1256.
- McLean, C. P. and Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 496-505.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. and Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027-1035.
- McManus, F., Sacadura, C. and Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161.
- McNally, R. J. (1989). Is anxiety sensitivity distinguishable from trait anxiety? Reply to Lilienfeld, Jacob, and Turner (1989). *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 193-194.
- McNally, R. J. (1995). Automaticity and the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 747-754.
- McNally, R. J. (1999a). Anxiety sensitivity and information-processing biases for threat. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 183-197). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McNally, R. J. (1999b). Theoretical Approaches to the Fear of Anxiety. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 3-16). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946.
- McNally, R. J., Hornig, C. D., Hoffman, E. C. and Han, E. M. (1999). Anxiety sensitivity and cognitive biases for threat. *Behavior Therapy*, 30(1), 51-61.
- McNally, R. J. and Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3-11.

- McQuaid, J. R., Granholm, E., McClure, F. S., Roepke, S., Pedrelli, P., Patterson, T. L. and Jeste, D. V. (2000). Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156.
- McWilliams, L. A. and Cox, B. J. (2001). How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a multidimensional perspective. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 813-818.
- McWilliams, L. A., Stewart, S. H. and MacPherson, P. S. (2000). Does the social concerns component of the anxiety sensitivity index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 985-992.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: an integrative approach*. New York: Springer Science & Business Media.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17-29.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 95-105.
- Michael, T., Zetsche, U. and Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142.
- Miers, A. C., Blöte, A. W. and Westenberg, P. M. (2010). Peer perceptions of social skills in socially anxious and nonanxious adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(1), 33-41.
- Miller, R. G. (1981). *Simultaneous statistical inference* (2nd ed.). New York: Springer-Verlag.
- Mofrad, S. K. and Mehrabi, T. (2015). The role of self-efficacy and assertiveness in aggression among high-school students in Isfahan. *Journal of Medicine and Life*, 8(Special Issue 4), 225-231.
- Mohebi, S., Sharifirad, G. H., Shahsiah, M., Botlani, S., Matlabi, M. and Rezaeian, M. (2012). The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(3 Suppl. 1), 37-41.
- Mor, N. ve Haran, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for depression. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 269-273.
- Moore, P. J., Chung, E., Peterson, R. A., Katzman, M. A. and Vermani, M. (2009). Information integration and emotion: How do anxiety sensitivity and expectancy combine to determine social anxiety? *Cognition and Emotion*, 23(1), 42-68.
- Moore, D. and Schultz, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(2), 95-100.

- Morris, C. G. (2002). *Psikolojiyi anlamak*. (H. B. Ayvaşık & M. Sayıl, Çev.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Morsünbül, Ü. ve Çok, F. (2011). Bağlanma ve ilişkili değişkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 553-570.
- Mosing, M. A., Gordon, S. D., Medland, S. E., Statham, D. J., Nelson, E. C., Heath, A. C., ... and Wray, N. R. (2009). Genetic and environmental influences on the co-morbidity between depression, panic disorder, agoraphobia, and social phobia: a twin study. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1004-1011.
- Murdock, N. L. (2014). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları: Olgu sunumu ve yaklaşımıyla* (F. Akkoyun, Çev. Ed., 2. basım). Ankara: Nobel Yayınları.
- Muris, P. and Merckelbach, H. (2012). Specific phobia: Phenomenology, epidemiology, and etiology. In T. E. Davis, T. H. Ollendick & L. G. Öst (Eds.), *Intensive one-session treatment of specific phobias* (pp. 3-18). New York: Springer.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H. and Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research And Therapy*, 39(1), 89-100.
- Murphy, G. E., Carney, R. M., Knesevich, M. A., Wetzell, R. D. and Whitworth, P. (1995). Cognitive behavior therapy, relaxation training, and tricyclic antidepressant medication in the treatment of depression. *Psychological Reports*, 77(2), 403-420.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z. and Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 611-627.
- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J. A., ... Bolton, P. A. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 761-769.
- Nagata, S., Irie, M. and Mishima, N. (1999). Stress and asthma. *Allergology International*, 48(4), 231-238.
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W. and Heath, A. C. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychological Medicine*, 30(4), 797-804.
- Nelson-Jones, R. (2000). *Six key approaches to counselling and therapy*. London: Continuum.
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J. and Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791-798.



- Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L. and Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 43(4), 297-308.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. and D'Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Nolen-Hoeksema, S. (2010). *Abnormal psychology* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Allan, N. P. and Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity as a mechanism for gender discrepancies in anxiety and mood symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 101-107.
- Norton, G. R. (2001). Substance use/abuse and anxiety sensitivity: What are the relationships? *Addictive Behaviors*, 26(6), 935-946.
- Norton, P. J. and Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 195(6), 521-531.
- Nowakowski, M. E., Rowa, K., Antony, M. M. and McCabe, R. (2016). Changes in anxiety sensitivity following group cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40(4), 468-478.
- Oakley, M. E. and Padesky, C. A. (1990). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Progress in Behavior Modification*, 25, 11-46.
- Oei, T. P. and McAlinden, N. M. (2014). Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research*, 220(3), 1012-1018.
- Ogawa, S., Kondo, M., Ino, K., Ii, T., Imai, R., Furukawa, T. A. and Akechi, T. (2016). Anxiety Sensitivity and Comorbid Psychiatric Symptoms over the Course of Cognitive Behavioural Therapy for Panic Disorder. *British Journal of Medicine & Medical Research* 13(10), 1-7.
- Ohayon, M. M. and Schatzberg, A. F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 235-243.
- Okajima, I., Kanai, Y., Chen, J. and Sakano, Y. (2009). Effects of safety behaviour on the maintenance of anxiety and negative belief social anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(1), 71-81.
- Okajima, I., Komada, Y. and Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms*, 9(1), 24-34.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. and Deacon, B. J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 557-577.

- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. and Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A. and Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 65-74.
- Olatunji, B. O. and Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999.
- Olfson, M., Mojtabai, R., Merikangas, K. R., Compton, W. M., Wang, S., Grant, B. F. and Blanco, C. (2017). Reexamining associations between mania, depression, anxiety and substance use disorders: results from a prospective national cohort. *Molecular Psychiatry*, 22(2), 235-241.
- Ollendick, T. H. and Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44-58.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Mackinnon, S. P. and Stewart, S. H. (2015). CBT for high anxiety sensitivity: Alcohol outcomes. *Addictive Behaviors*, 46, 19-24.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C. and Stewart, S. H. (2014a). Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) subscales predict unique variance in anxiety and depressive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 115-124.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Mackinnon, S. P. and Stewart, S. H. (2014b). Telephone-delivered cognitive behavioral therapy for high anxiety sensitivity: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1005-1022.
- Ooi, L. L., Nocita, G., Coplan, R. J., Zhu, J. and Rose-Krasnor, L. (2017). Beyond bashful: Examining links between social anxiety and young children's socio-emotional and school adjustment. *Early Childhood Research Quarterly*, 41, 74-83.
- Orsillo, S. M., Lilienfeld, S. O. and Heimberg, R. G. (1994). Social phobia and response to challenge procedures: Examining the interaction between anxiety sensitivity and trait anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(3), 247-258.
- Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 413-421.
- Otto, M. W., Demopulos, C. M., McLean, N. E., Pollack, M. H. and Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: Examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 225-232.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Fava, M., Uccello, R. and Rosenbaum, J. F. (1995). Elevated Anxiety Sensitivity Index scores in patients with major depression: Correlates and changes with antidepressant treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(2), 117-123.

- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S. and Rosenbaum, J. F. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(2), 93-104.
- Otto, M. W. and Reilly-Harrington, N. A., (1999). The impact of treatment on anxiety sensitivity. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 321-338). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Otto, M. W., Smits, J. A. and Reese, H. E. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 21-23.
- Owen, M., Sellwood, W., Kan, S., Murray, J. and Sarsam, M. (2015). Group CBT for psychosis: A longitudinal, controlled trial with inpatients. *Behaviour Research And Therapy*, 65, 76-85.
- Özakkaş, T. (2017). *Bütüncül psikoterapi* (9. baskı). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Özcan, Ö., Kılıç, B. G. ve Aysev, A. (2006). Okul korkusu yakınması olan çocukların ana babalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 173-180.
- Özdel, K. (2015). Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyurt, G., Öztürk, Y. ve Akay, A. (2017). Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenlemenin annelerinin duygu düzenlemesi, bağlanması ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 369-378.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Padesky, C. A. and Beck, A. T. (2003). Science and philosophy: Comparison of cognitive therapy and rational emotive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(3), 211-224.
- Paezy, M., Shahraray, M. and Abdi, B. (2010). Investigating the impact of assertiveness training on assertiveness, subjective well-being and academic achievement of Iranian female secondary students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1447-1450.
- Pallanti, S., Quercioli, L. and Hollander, E. (2004). Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 53-58.
- Papadimitriou, G. N. and Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 17(4), 229-236.
- Paquette, V., Lévesque, J., Mensour, B., Leroux, J. M., Beaudoin, G., Bourgouin, P. and Beaugard, M. (2003). "Change the mind and you change the brain": Effects of

- cognitive-behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, 18(2), 401-409.
- Parade, S. H., Leerkes, E. M. and Blankson, A. N. (2010). Attachment to parents, social anxiety, and close relationships of female students over the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(2), 127-137.
- Parker, J. C., Gilbert, G. S. and Thoreson, R. W. (1978). Reduction of autonomic arousal in alcoholics: A comparison of relaxation and meditation techniques. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 879-886.
- Patel, G. and Fancher, T. L. (2013). Generalized anxiety disorder. *Annals of Internal Medicine*, 159(11), ITC6-1.
- Pava, J. A., Fava, M. and Levenson, J. A. (1994). Integrating cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment and prophylaxis of depression: A novel approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(3-4), 211-219.
- Peneva, I. and Mavrodiev, S. (2013). A historical approach to assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), 3-26.
- Percell, L. P., Berwick, P. T. and Beigel, A. (1974). The effects of assertive training on self-concept and anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 31(4), 502-504.
- Pérez-Edgar, K. and Fox, N. A. (2005). Temperament and anxiety disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 14(4), 681-706.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. New York: Guilford Press.
- Peterson, R. A. and Plehn, K. (1999). Measuring anxiety sensitivity. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 61-82). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pfiffner, L. J. and McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 749-757.
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 18), 4-15.
- Pini, S., Maser, J. D., Dell'Osso, L., Abelli, M., Muti, M., Gesi, C. and Cassano, G. B. (2006). Social anxiety disorder comorbidity in patients with bipolar disorder: a clinical replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1148-1157.
- Pinto, A. and Phillips, K. A. (2005). Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 401-405.
- Punch, K. F. (2005). *Sosyal araştırmalara giriş: Nicel ve nitel yaklaşımlar* (D. Bayrak, H. B. Arslan & Z. Akyüz, Çev.). Ankara: Siyasal Kitabevi.

- Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford Jr, R. B. and Forness, S. R. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(1), 54-64.
- Rabian, B., Embry, L. and MacIntyre, D. (1999). Behavioral validation of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 105-112.
- Rabian, B., Peterson, R. A., Richters, J. and Jensen, P. S. (1993). Anxiety sensitivity among anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(4), 441-446.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety* (2nd ed.). New York: Taylor & Francis Inc.
- Rachman, S. (1994). Psychological Treatment of Panic Mechanisms. In B. Wolfe & J. D. Maser (Eds.), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference* (pp. 133-148). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W. and Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 71-76.
- Raines, A. M., Short, N. A., Sutton, C. A., Oglesby, M. E., Allan, N. P. and Schmidt, N. B. (2015). Obsessive-compulsive symptom dimensions and insomnia: The mediating role of anxiety sensitivity cognitive concerns. *Psychiatry Research*, 228(3), 368-372.
- Raines, A. M., Walton, J. L., McManus, E. S., Cuccurullo, L. A. J., Chambliss, J., Uddo, M. and Franklin, C. L. (2017). Associations between lower order anxiety sensitivity dimensions and DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 162-173.
- Ramsden, P. (2013). *Understanding abnormal psychology: Clinical and biological perspectives*. London: SAGE Publications.
- Rao, P. A., Beidel, D. C. and Murray, M. J. (2008). Social skills interventions for children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: A review and recommendations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 353-361.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E. and Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181-1191.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17(1), 47-67.
- Rapee, R. M. and Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rapee, R. M. and Medoro, L. (1994). Fear of physical sensations and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 693-699.

- Rector, N. A. and Beck, A. T. (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review (Neil A. Rector, PhD and Aaron T. Beck, MD (2001). Reprinted from the *J Nerv Ment Dis* 189: 278–287). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 832-839.
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K. and Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1967-1975.
- Rehm, L. P. (1990). *Cognitive and behavioral theories of depression*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Reich, J. (2014). Avoidant personality disorder and its relationship to social anxiety disorder. In S. G. Hofmann & P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: clinical, developmental, and social perspectives* (3rd ed.) (pp. 27-41). USA: Elsevier.
- Reinecke, M. A., Dattilio, F. M. and Freeman, A. (2015). Etkili bir tedaviyi oluşturan unsurlar nelerdir? M. A. Reinecke, F. M. Dattilo & A. Freeman (Ed.), *Çocuklar ve ergenlerle bilişsel terapi* içinde (s. 37-66). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153.
- Reiss, S. (1999). The Sensitivity Theory of Aberrant Motivation. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 35-60). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. and McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Remes, O., Brayne, C. and Lafortune, L. (2014). The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. *The Lancet*, 384(Special Issue), 66-66.
- Rhodes, W. A., Redd, W. H. and Berggren, L. (1979). Social skills training for an unassertive adolescent. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 8(1), 18-21.
- Rifkin, L. S., Beard, C., Hsu, K. J., Garner, L. and Björgvinsson, T. (2015). Psychometric properties of the anxiety sensitivity index-3 in an acute and heterogeneous treatment sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 99-102.
- Rinck, M., Rörtgen, T., Lange, W. G., Dotsch, R., Wigboldus, D. H. and Becker, E. S. (2010). Social anxiety predicts avoidance behaviour in virtual encounters. *Cognition and Emotion*, 24(7), 1269-1276.
- Riskind, J. H. (2007). Genellenmiş anksiyete bozukluğu. T. Özakkaş (Ed.), *Bilişsel terapi ve uygulamaları* içinde (s. 141-167) (H. Hacak, M. Macit & F. Özpilavcı, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.

- Robinson, L. J. and Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 256-271.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. and Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.
- Rodriguez, B. F., Bruce, S. E., Pagano, M. E., Spencer, M. A. and Keller, M. B. (2004). Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 79-91.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive Theories of Social Phobia. In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds.), *Social anxiety disorder* (pp. 127-141). New York: Marcel Dekker.
- Roth, D. A. and Heimberg, R. G. (2001). Cognitive-behavioral models of social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 753-771.
- Roth, W. T. (Ed.) (2007). *Anksiyete terapisi* (B. Büyükdere, Çev.). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... Wilkinson, E. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. and Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28.
- Ruscio, A. M. and Khazanov, G. K. (2017). Anxiety and Depression. In R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The oxford handbook of mood disorders* (pp. 313-361). New York: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Sandberg, S., Paton, J. Y., Ahola, S., McCann, D. C., McGuinness, D., Hillary, C. R. and Oja, H. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*, 356(9234), 982-987.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T. and Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51(2), 167-174.
- Sank, L. I. and Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behaviour therapy in groups*. New York: Plenum Press.
- Santiago, C. D., Wadsworth, M. E. and Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218-230.

- Savard, J., Simard, S., Ivers, H. and Morin, C. M. (2005). Randomized study on the efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, part I: sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.
- Savaşır, I. (2009). Bilişsel-davranışçı görüşme ve değerlendirme süreçleri. I. Savaşır, G. Soygüt & E. Barışkın (Ed.), *Bilişsel-davranışçı terapiler içinde* (4. baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (1997). *Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sayın, A. (2007). Sosyal anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(Ek 2), 3-10.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A. and Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 105-112.
- Scher, C. D. and Stein, M. B. (2003). Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 253-269.
- Schlenker, B. R. and Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641-669.
- Schmidt, N. B. (1999). Prospective Evaluations of Anxiety Sensitivity. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 217-235). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D. and Keough, M. E. (2007). Anxiety sensitivity as a prospective predictor of alcohol use disorders. *Behavior Modification*, 31(2), 202-219.
- Schmidt, N. B., Capron, D. W., Raines, A. M. and Allan, N. P. (2014). Randomized clinical trial evaluating the efficacy of a brief intervention targeting anxiety sensitivity cognitive concerns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1023-1033.
- Schmidt, N. B., Eggleston A. M., Woolaway-Bickel, K., Fitzpatrick, K. K., Vasey, M. W. and Richey, J. A. (2007). Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): A longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 302-319.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Zvolensky, M. J. and Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 503-508.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. and Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 355-364.



- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. and Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 532-537.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R. and Joiner Jr, T. E. (2000). Prospective evaluation of the etiology of anxiety sensitivity: test of a scar model. *Behaviour Research and Therapy, 38*(11), 1083-1095.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J. and Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatric Research, 40*(8), 691-699.
- Schneier, F. R. (1999). Extreme fear, shyness, and social phobia: Treatment and intervention. In L. A. Schmidt & J. Schulkin (Eds.), *Extreme fear, shyness, and social phobia: Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes* (pp. 273-293). New York: Oxford University Press.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. and Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*(4), 282-288.
- Schultz, L. T. and Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1206-1221.
- Schwarzer, R. (1984). The self in anxiety, stress and depression: an introduction. In R. Schwarzer (Ed.), *The self in anxiety, stress and depression* (pp. 1-16). New York: Elsevier Science Publishing Company, Inc.
- Schwartz, C. E., Snidman, N. and Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*(8), 1008-1015.
- Scott, J. and Freeman, A. (2010). Beck's Cognitive Therapy. In N. E. Kazantzis, M. A. Reinecke & A. E. Freeman (Eds.), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice* (pp. 28-75). New York: Guilford Press.
- Scott, E. L., Heimberg, R. G. and Jack, M. S. (2000). Anxiety sensitivity in social phobia: comparison between social phobics with and without panic attacks. *Depression and Anxiety, 12*(4), 189-192.
- Scrignar, C. B. (1991). *From panic to peace of mind: Overcoming panic and agoraphobia*. LA: Wellness Institute, Inc.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. and Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal, 1*(4667), 1383-1392.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.

- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R. and Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(2), 82-94.
- Sharf, R. (2014). *Psikoterapi ve Psikolojik danışma kuramları: kavramlar ve örnek olaylar* (N. V. Acar, Çev. Ed., 5. basım). Ankara: Nobel.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. and Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Short, N. A., Allan, N. P., Raines, A. M. and Schmidt, N. B. (2015). The effects of an anxiety sensitivity intervention on insomnia symptoms. *Sleep Medicine*, 16(1), 152-159.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B. and Peterson, R. A. (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 162-168.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W. and Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995-1003.
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Hase, M. E. and Poillack, M. H. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2222-2229.
- Smeets, K. C., Leeijen, A. A., van der Molen, M. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K. and Rommelse, N. N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 255-264.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. and Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.
- Smead-Morganett, R. (2005). *Yaşam becerileri: Ergenler için grupla psikolojik danışma uygulamaları* (S. Güçray, A. Kaya & M. Saçkes, Çev.). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Smits, J. A., Berry, A. C., Tart, C. D. and Powers, M. B. (2008). The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1047-1054.
- Smits, J. A., Powers, M. B., Cho, Y. and Telch, M. J. (2004). Mechanism of change in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: evidence for the fear of fear mediational hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 646-652.

- Smoller, J. W., Block, S. R. and Young, M. M. (2009). Genetics of anxiety disorders: the complex road from DSM to DNA. *Depression and Anxiety*, 26(11), 965-975.
- Sockol, L. E. (2015). A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 177, 7-21.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. and Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Sonntag, H., Wittchen, H. U., Höfler, M., Kessler, R. C. and Stein, M. B. (2000). Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *European Psychiatry*, 15(1), 67-74.
- Soykan, Ç., Özgüven, H. D. and Gençöz, T. (2003). Liebowitz social anxiety scale: The Turkish version. *Psychological Reports*, 93, 1059-1069.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E. ve Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8, 88-99.
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy: Challenges and opportunities*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Söylemez, İ., Şentürk, V. and Çevik, A. (2010). Anksiyete bozukluklarında psikoterapinin uygulanabilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 3(4), 109-122.
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-96.
- Spence, S. H., Donovan, C. and Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 713-726.
- Spielberger, C. D. (1972). Currents trends in theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 3-19). New York: Academic Press.
- Spokas, M. and Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 543-551.
- Sripada, C. S., Angstadt, M., Banks, S., Nathan, P. J., Liberzon, I. and Phan, K. L. (2009). Functional neuroimaging of mentalizing during the trust game in social anxiety disorder. *Neuroreport*, 20(11), 984-989.
- Starcevic, V. (2010). *Anxiety disorders in adults: A clinical guide* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

- Staugaard, S. R. (2010). Threatening faces and social anxiety: A literature review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 669-690.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. and Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry, 58*(3), 251-256.
- Stein, M. B., Jang, K. L. and Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 246-251.
- Stein, M. B., Jang, K. L. and Livesley, W. J. (2002). Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: A twin study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(4), 219-224.
- Stein, M. B. and Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1606-1613.
- Stein, M. B. and Rapee, R. M. (1999). Biological aspects of anxiety sensitivity: Is it all in the head? In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 199-216). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Stein, M. B. and Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet, 371*(9618), 1115-1125.
- Stewart, R. E. and Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 595-606.
- Stewart, J. L., Christner, R. W. and Freeman, A. (2007). An introduction to cognitive-behavior group therapy with youth. In R. W. Christner, J. L. Stewart & A. Freeman (Eds.), *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents: specific settings and presenting problems* (pp. 3-22). New York: Routledge.
- Stewart, S. H., Karp, J., Pihl, R. O. and Peterson, R. A. (1997). Anxiety sensitivity and self-reported reasons for drug use. *Journal of Substance Abuse, 9*, 223-240.
- Stewart, S. H. and Kushner, M. G. (2001). Introduction to the special issue on "Anxiety sensitivity and addictive behaviors". *Addictive Behaviors, 26*(6), 775-785.
- Stewart, S. H., Morris, E., Mellings, T. and Komar, J. (2006). Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *Journal of Mental Health, 15*(6), 671-682.
- Stewart, S. H., Taylor, S. and Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(2), 179-200.
- Stewart, S. and Watt, M. (2007). *Overcoming the fear of fear: How to reduce anxiety sensitivity*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Stopa, L. and Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(3), 255-267.

- Stopa, L. and Clark, D. M. (2000). Social phobia and interpretation of social events. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 273-283.
- Strahan, E. Y. (2003). The effects of social anxiety and social skills on academic performance. *Personality and Individual Differences*, 34(2), 347-366.
- Straube, T., Glauer, M., Dilger, S., Mentzel, H. J. and Miltner, W. H. (2006). Effects of cognitive-behavioral therapy on brain activation in specific phobia. *Neuroimage*, 29(1), 125-135.
- Stravynski, A. (2007). *Fearing others: The nature and treatment of social phobia* Cambridge: Cambridge University Press.
- Sudak, D. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy for clinicians: psychotherapy in clinical practice* (1st ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 99-110.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H. and Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 247-269.
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M. L., Morelen, D., Thomassin, K. and Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(3), 569-580.
- Sübaşı, G. (2010). Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygıyı yordayıcı bazı değişkenler. *Eğitim ve Bilim*, 32(144), 3-15.
- Sweeney, M. and Pine, D. (2004). Etiology of fear and anxiety. In T. H. Ollendick & J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 34-60). New York: Oxford University Press.
- Swinbourne, J. M. and Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274.
- Şafak, Y., Karadere, M. E., Özdel, K., Özcan, T., Türkçapar, M. H., Kuru, E. ve Yücens, B. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 225-233.
- Şahin, N. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Taneli, B., Taneli, Y. ve Taneli, T. (2001). Depresyon ve anksiyete bozukluklarının birlikte bulunmaları ve psikofarmakolojik tedavi yaklaşımı. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4), 115-29.
- Tavakoli, P., Setoodeh, G., Dashtbozorgi, B., Komili-Sani, H. and Pakseresht, S. (2015). The influence of assertiveness training on self-esteem in female students of

- government high schools of Shiraz, Iran: A randomized controlled trial. *Nursing Practice Today*, 1(1), 17-23.
- Taylor, S. (1995). Issues in the conceptualization and measurement of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 163-174.
- Taylor, S. (1996). Nature and measurement of anxiety sensitivity: Reply to Lilienfeld, Turner, and Jacob (1996). *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 425-451.
- Taylor, S. and Fedoroff, I. C. (1999). The expectancy theory of fear, anxiety, and panic: A conceptual and empirical analysis. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 17-33). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Taylor, S., Jang, K. L., Stewart, S. H. and Stein, M. B. (2008). Etiology of the dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral–genetic analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 899-914.
- Taylor, S., Koch, W. J. and Crockett, D. J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(4), 293-311.
- Taylor, S., Koch, W. J. and McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 249-259.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., Sanford, S. and Temple, J. R. (2007b). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behavior Therapy*, 38(1), 49-57.
- Taylor, S., Rabian, B. and Fedoroff, I. C. (1999). Anxiety sensitivity: Progress, Prospects, and Challenges. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 339-354). Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... Coles, M. (2007a). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., Jaimez, T. L. and Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 279-287.
- Thomas, S. E., Randall, C. L. and Carrigan, M. H. (2003). Drinking to cope in socially anxious individuals: A controlled study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(12), 1937-1943.
- Thorpe, S. J. and Salkovskis, P. M. (1995). Phobic beliefs: do cognitive factors play a role in specific phobias? *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 805-816.
- Tillfors, M. and Ekselius, L. (2009). Social phobia and avoidant personality disorder: are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1), 25-33.

- Tillfors, M. and Zalk, N. V. (2015). Easier to accelerate than to slow down: Contributions of developmental neurobiology for the understanding of adolescent social anxiety. In K. Ranta, A. La Greca, L. Garcia-Lopez, & M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 11–37). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Todd, J. T. and Pietrowski, J. L. (2007). Animal models of exposure therapy a selective review. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 29-60). New York: Academic Press / Elsevier.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710-720.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G. and Muroff, J. (2015). Cognitive behavioral therapy for hoarding disorder: A meta-analysis. *Depression and Anxiety, 32*(3), 158-166.
- Tompkins, M. A. (2013). *Anxiety and avoidance: A universal treatment for anxiety, panic and fear*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 40*(10), 1085-1089.
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry, 163*(11), 1978-1985.
- Trauer, J. M., Qian, M. Y., Doyle, J. S., Rajaratnam, S. M. and Cunnington, D. (2015). Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 163*(3), 191-204.
- Troeung, L., Egan, S. J. and Gasson, N. (2014). A waitlist-controlled trial of group cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease. *BMC Psychiatry, 14*(1), 1-11.
- Trower, P. (2012). CBT theory. In W. Dryden & R. Branch (Eds.), *The CBT handbook* (pp. 25-44). London: SAGE Publications Ltd.
- Trower, P. and Turland, D. (1984). Behavioral theories of anxiety disorders. In S. M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 1-49). New York: Plenum Press.
- Tull, M. T. and Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 199-210.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. and Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(4), 389-394.

- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotaki, E. and MacBeth, A. (2017). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 475-491.
- Tutarel-Kışlak, Ş. (2004). Kaygı duyarlılığını azaltmada göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tedavisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 19(53), 49-65.
- Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5, 5-15.
- Türkbay, T. and Söhmen, T. (2001). Individual and familial factors in children with separation anxiety disorder. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 77-84.
- Türkçapar, H. (2011). *Bilişsel terapi*. Ankara: Hyb Yayıncılık.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 7-14.
- Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24-39.
- URL-1, [http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/mental\\_kirici.pdf](http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/mental_kirici.pdf) BDT Formlar. 24 Ocak 2015.
- URL-2, <http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/durr.pdf> BDT Formlar. 24 Ocak 2015.
- URL-3, [http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/degisim\\_avantaj\\_dezavantaj.pdf](http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/degisim_avantaj_dezavantaj.pdf) BDT Formlar. 24 Ocak 2015.
- Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 1-11.
- Uzbay, İ. T. ve Yüksel, N. (2002). Anksiyete tedavisinde kullanılan ilaçların farmakolojisi ve kullanım güvenliği. *Klinik Psikiyatri*, 5(Ek 1), 14-26.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. and Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 561-571.
- Van Dam, N. T., Earleywine, M. and Forsyth, J. P. (2009). Gender bias in the sixteen-item Anxiety Sensitivity Index: An application of polytomous differential item functioning. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 256-259.
- Van Mill, J. G., Hoogendijk, W. J., Vogelzangs, N., van Dyck, R. and Penninx, B. W. (2010). Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 23-42.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R. and Walburn, J. E. S. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 196-201.



- Viana, A. G., Kiel, E. J., Alfano, C. A., Dixon, L. J. and Palmer, C. A. (2017). The Contribution of Temperamental and Cognitive Factors to Childhood Anxiety Disorder Symptoms: A Closer Look at Negative Affect, Behavioral Inhibition, and Anxiety Sensitivity. *Journal of Child and Family Studies*, 26(1), 194-204.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. and Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wagner, M. K. (2001). Behavioral characteristics related to substance abuse and risk-taking, sensation-seeking, anxiety sensitivity, and self reinforcement. *Addictive Behaviors*, 26(1), 115-120.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., ... Iyengar, S. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.
- Wallace, C. J. and Liberman, R. P. (1985). Social skills training for patients with schizophrenia: A controlled clinical trial. *Psychiatry Research*, 15(3), 239-247.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P. and Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
- Warland, J., McKellar, L. and Diaz, M. (2014). Assertiveness training for undergraduate midwifery students. *Nurse Education in Practice*, 14(6), 752-756.
- Warren, R. and Thomas, J. C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 277-285.
- Watt, M. C., McWilliams, L. A. and Campbell, A. G. (2005). Relations between anxiety sensitivity and attachment style dimensions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(3), 191-200.
- Watt, M. C. and Stewart, S. H. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(2), 107-118.
- Watt, M. C., Stewart, S. H., Lefavre, M. J. ve Uman, L. S. (2006a). A Brief Cognitive-Behavioral Approach to Reducing Anxiety Sensitivity Decreases Pain-Related Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(4), 248-256.
- Watt, M., Stewart, S., Birch, C. and Bernier, D. (2006b). Brief CBT for high anxiety sensitivity decreases drinking problems, relief alcohol outcome expectancies, and conformity drinking motives: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Mental Health*, 15(6), 683-695.
- Watt, M. C., Stewart, S. H. and Cox, B. J. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 505-525.

- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W. and Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for patients with hypochondriasis (health anxiety). *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 1-7.
- Weems, C. F., Berman, S. L., Silverman, W. K. and Rodriguez, E. T. (2002). The relation between anxiety sensitivity and attachment style in adolescence and early adulthood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 159-168.
- Weems, C. F., Costa, N. M., Watts, S. E., Taylor, L. K. and Cannon, M. F. (2007). Cognitive errors, anxiety sensitivity, and anxiety control beliefs: Their unique and specific associations with childhood anxiety symptoms. *Behavior Modification*, 31(2), 174-201.
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J. and Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 471-477.
- Weems, C. F., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K. and Ferguson, C. (1997). The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35(10), 961-966.
- Weiner, C. L., Elkins, R. M., Pincus, D. and Comer, J. (2015). Anxiety sensitivity and sleep-related problems in anxious youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 66-72.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. and Klerman, G. L. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded edition*. New York: Oxford University Press.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2002). Cognitive therapy for social phobia. In F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 141-159). Chichester (UK): John Wiley and Sons LTD.
- Wells, A. (2006). Cognitive therapy case formulation in anxiety disorders. In N. Tarrier (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*. New York: Routledge.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.
- Wells, A., Clark, D. M. and Ahmad, S. (1998). How do I look with my minds eye: Perspective taking in social phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 631-634.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. and Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26(1), 153-161.

- Wells, A. and King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212.
- Wells, A. and Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29(3), 357-370.
- Wenzel, A. and Jager-Hyman, S. (2014). Social anxiety disorder and its relation to clinical syndromes in adulthood. In S. G. Hofmann and P. M. Dibartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (pp. 227-251, 3rd ed.). USA: Elsevier.
- Weston, C. and Went, F. (1999). Speaking up for yourself: description and evaluation of an assertiveness training group for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 27(3), 110-115.
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C. and Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, 26(3), 401-408.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C. and Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(3), 891-896.
- Williams, J. M. and Stout, J. K. (1985). The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems. *The Journal of Psychology*, 119(2), 169-173.
- Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Willis, T. A. and Gregory, A. M. (2015). Anxiety disorders and sleep in children and adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 10(2), 125-131.
- Wilson, R. (2003). *Facing panic: self-help for people with panic attacks*. Silver Spring, MD: Anxiety Disorders Association of America.
- Windsor, L. C., Jemal, A. and Alessi, E. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: A meta-analysis of race and substance use outcomes. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 21(2), 300-313.
- Wolff, S. (2009). *Problem çocuklar* (A. Oral & S. Kara, Çev., 7. baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Wong, Q. J. J. and Rapee, R. M. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. In K. Ranta, A. La Greca & L. Garcia-Lopez (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents: Development, manifestation and intervention strategies* (pp. 11-37). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Wong, Q. J. and Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: a synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84-100.

- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A. and Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224-234.
- Wood, J. J., Klebanoff, S., Renno, P., Fujii, C. and Danial, J. (2017). In C. M. Kerns, P. Renno, E. A. Storch, P. C. Kendall & J. J. Wood (Eds.), *Individual CBT for anxiety and related symptoms in children with autism spectrum disorders. anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: evidence-based assessment and treatment* (pp. 123-142). Cambridge: Academic Press.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Southam-Gerow, M., Chu, B. C. and Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 314-321.
- Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D. and Ong, J. C. (2015). Cognitive behavioral therapy for insomnia comorbid with psychiatric and medical conditions: A meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(9), 1461-1472.
- Yalom, I. D. and Josselson, R. (2011). Existential psychotherapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 310-341, 9th ed.). Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Yap, M. B. H. and Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440.
- Yazgan-İnanç, B. ve Yerlikaya, E. (2011). *Kişilik kuramları*. Ankara: PegemAkademi.
- Yazıcı, H. (2002). *Bilişsel-davranışçı sigara içmeyi bırakma programının depresyonlu, sosyal anksiyeteli ve normal içicilerden oluşan gruplardaki etkililiğinin araştırılması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Yılmaz, S., Bilgiç, A. ve Hergüner, S. (2015). Anksiyete bozukluğu tanısı alan ergenlerde anksiyete ve anksiyete duyarlılığının dissosiyatif belirtiler üzerine etkileri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 22(1), 29-36.
- Young, J. E., Klosko, J. S. and Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Yontef, G. and Jacobs, L. (2011). Gestalt therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 342-382, 9th ed.). Belmont: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Yurtsever, P. A. (2014). *Sanat psikodrama*. İstanbul: Okyanus.
- Yüksel, N. (2002). Panik bozukluğunun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 14-21.
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M. and O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia—a systematic review

- and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 30, 1-10.
- Ziegler, D. J. and Leslie, Y. M. (2003). A test of the ABC model underlying rational emotive behavior therapy. *Psychological Reports*, 92(1), 235-240.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H. and Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9(3), 277-284.
- Zinbarg, R. E., Mohlman, J. and Hong, N. N. (1999). Dimensions of anxiety sensitivity. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (pp. 115-148). NJ: Lawrence Erlbaum Associates: Routledge.
- Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Schmidt, N. B. and Smits, J. A. (2014). The role of smoking inflexibility/avoidance in the relation between anxiety sensitivity and tobacco use and beliefs among treatment-seeking smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(3), 229-237.
- Zvolensky, M. J., Goodie, J. L., McNeil, D. W., Sperry, J. A. and Sorrell, J. T. (2001). Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 683-696.
- Zvolensky, M. J., Yartz, A. R., Gregor, K. and Gonzalez, A. (2008). Interoceptive exposure-based cessation intervention for smokers high in anxiety sensitivity: A case series. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(4), 346-365.



## **8. EKLER**

## Ek 1. Etik Kurul İzni



T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
GENEL SEKRETERLİK  
Hukuk Müşavirliği

Sayı : 82554930-000 - 200/1539  
Konu : Etik Kurul Belgesi

14/12/2015

Sn. Arş.Gör. Ayşe KALYON

İlgi: 11.12.2015 tarihli ve 34453619-050.01.04-E.85456 sayılı yazı

"Bilişsel Davranışçı Müdahale Programının Anksiyete Duyarlılığının ve Sosyal Anksiyete Eşlik Eden Anksiyete duyarlılığının azaltılması üzerindeki etkisi" adlı tez çalışması proje önerisi için gerekli olan Etik Kurul incelemesi yapılmış ve onay verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Yusuf Şevki HAKYEMEZ  
Rektör Yrd.

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Ağ: www.ktu.edu.tr  
Evrak teyidinde <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:82554930-050.99-E.86069 ve Barkod Num.:726036 bilgileriyle erişebilirsiniz.

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat  
Adı SOYADI  
e posta: [birim@ktu.edu.tr](mailto:birim@ktu.edu.tr)



Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Hukuk Müşavirliği - Hukuk Müşavirliği İdari Personel Birimi  
15/12/2015 10:14 - 82554930-050.99-E.86069  
00726036

## Ek 1'in devamı: KTÜ Fatih Eğitim Fakültesi Dekanlığı'dan Alınan Veri Toplama İzni



T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Fatih Eğitim Fakültesi Dekanlığı

Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Fatih Eğitim Fakültesi Dekanlığı - Personel İşleri Birimi  
21.10.2015 12:08 - 65975908-100-E.5718  
00672128

**Sayı** : 65975908-100-  
**Konu** : Arş.Gör.Ayşe KALYON-uygulama ve veri toplama izin isteği

21/10/2015

## DAĞITIM LİSTESİNE

İlgi : 13/10/2015 tarihli ve 79655720-100-E.5481 sayılı yazı.

Fakültemiz Eğitim Bilimleri Bölümü öğretim elemanlarından Arş.Gör. Ayşe KALYON'un, Prof.Dr. Hikmet YAZICI danışmanlığında sürdürdüğü doktora tez çalışmaları kapsamında, Fakültemiz bölümlerinde grup çalışması yapması ve veri toplama izni isteği hakkındaki ilgi yazı ve eki ilgide gönderilmiştir.

Arş.Gör. Ayşe KALYON'un, Fakültemiz bölümlerinde doktora konusu ile ilgili gurup çalışması yapması ve veri toplaması Dekanlığımızca uygun görülmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Saygılarımla.

Yrd. Doç. Dr. Mehmet AKPINAR  
Dekan Yardımcısı

## DAĞITIM :

Gereği :

- İlköğretim Bölüm Sekreterliği
- Güzel Sanatlar Eğitimi Bölüm Sekreterliği
- Özel Eğitim Bölüm Sekerliği
- Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitim Bölüm Sekreterliği
- Yabancı Diller Eğitimi Bölüm Sekreterliği
- Türkçe Eğitimi Bölüm Sekreterliği
- Eğitim Bilimleri Bölüm Sekreterliği
- Ortaöğretim Fen ve Matematik Alanları Eğitimi Bölüm Sekerliği
- Ortaöğretim Sosyal Alanlar Eğitimi Bölüm Sekreterliği





## Ek 1'in devamı: Ölçeklerin Kullanımı İçin Araştırmacılardan e-mail Yoluyla Alınan İzin Yazıları

### Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) İzin Yazısı

Re: izin



tunc.alkin@deu.edu.tr

10.11.2014 (Pzt) 21:30

Kime: "ayşe kalyon" (ayse204402@hotmail.com) ↗

Tabii ki kullanabilirsiniz.

Ölçeğin bir kesme noktası yok. Gruplar arasında toplam puan ve 3 alt ölçek (bedensel, bilişsel, sosyal) puan ortalamaları karşılaştırılıyor.

Kolay gelsin

- > İyi günler, Sayın Hocam, Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim
- > Fakültesi psikolojik danışmanlık ve rehberlik programında doktora
- > öğrencisi ve araştırma görevlisiyim. Tez çalışmamda Türkçe formunun
- > geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Anksiyete Duyarlılığı
- > İndeksi-3 adlı ölçeğinizi kullanabilmek için izninizi istiyorum. Ölçeğin
- > kesme puanı var mıdır hocam? İlginiz için şimdiden teşekkür
- > ederim. Saygılarımla Arş. Gör. Ayşe KALYON Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih
- > Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik
- > Danışmanlık Söğütü - Akçaabat / TRABZON

## Ek 1'in devamı: Ölçeklerin Kullanımı İçin Araştırmacılardan e-mail Yoluyla Alınan İzin Yazıları

### Kısa Semptom Envanteri İzin Yazısı

Re: izin



Aysegul.Durak.Batigun@ankara.edu.tr

6.11.2014 (Per) 11:17

Kime: ayşe kalyon (ayse204402@hotmail.com) ↗

sayın Kalyon,  
sözkonusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar....

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batigün  
DTCF Psikoloji Bölümü

İyi günler, Sayın Hocam, Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi psikolojik danışmanlık ve rehberlik programında doktora öğrencisi ve araştırma görevlisiyim. Tez çalışmamda Türkiye uyarlamasını yaptığımız Kısa Semptom Envanteri adlı ölçeğinizi kullanabilmek için izninizi istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla Arş. Gör. Ayşe KALYON Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Söğütü-Akçaabat/TRABZON

### Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) İzin Yazısı

Re: izin



Nesrin Dilbaz

9.10.2014 (Per) 11:41

Kime: ayşe kalyon (ayse204402@hotmail.com) ↗

Yanıtla

Sevgili Ayşe hanım

Çalışmanızda LSKÖ kullanacak olmanız çok sevindim. Benim yardımım olabilecek bir konu olursa iletişime geçmekte tereddüt etmeyiniz. Başarılar diliyorum

Sevgiler

ND

iPad'inden gönderildi

09 Oct 2014 tarihinde 10:27 saatinde ayşe kalyon <ayse204402@hotmail.com> şunları yazdı:

İyi günler, Sayın Hocam,  
Ben Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi psikolojik danışmanlık ve rehberlik programında doktora öğrencisi ve araştırma görevlisiyim. Tez çalışmamda 2001 yılında ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız **Liebowitz Sosyal Kaygı Belirtileri Ölçeği** adlı ölçeğinizi kullanabilmek için izninizi istiyorum. İlginiz için şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla

Arş. Gör. Ayşe KALYON  
Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Fatih Eğitim Fakültesi  
Eğitim Bilimleri Bölümü  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık  
Söğütü-Akçaabat/TRABZON

## Ek 2. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
3. Öğrenim gördüğünüz program: .....
4. Sınıfınız: .....
5. Daha önce bir uzmandan psikolojik destek aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )
6. Hayatınızın herhangi bir döneminde ruhsal bir rahatsızlık geçirdiniz mi? Evet ( ) Hayır ( )
7. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullandınız mı ya da kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )
8. Kronik (süreğen) bir hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )
Adınız-Soyadınız: İletişim Bilgileriniz Tel: E-mail:
<b>Bu araştırmanın devamında yapılacak olan psikoeğitim programına katılmak ister misiniz?</b> Evet ( ) Hayır ( )

### Ek 2'nin devamı: Kısa Septom Envanteri Örnek Maddeler

**Açıklama:** Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin **SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikriniz değişirse ilk yanıtınızı siliniz.

0. Hiç yok	1. Biraz var	2. Orta derecede var	3. Epey var	4. Çok fazla var
------------	--------------	----------------------	-------------	------------------

	Hiç	Biraz	Orta	Epey	Çok fazla
İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Baygınlık, baş dönmesi	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Olayları hatırlamada güçlük	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Çok kolayca kızıp öfkelenme	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
İştahta bozukluklar	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Hüzünlü, kederli hissetme	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Hiçbir şeye ilgi duymama	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Nefes darlığı, nefessiz kalma	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

### Ek 2'nin devamı: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Örnek Maddeler

**Açıklama:** Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içine alınız. Eğer herhangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamamız halinde nasıl hissedeceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyimlerinizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur	( 0 )	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

## Ek 2'nin devamı: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Örnek Maddeler

**Açıklama:** Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

**Sol kolondaki** durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. **Sağ kolonda** aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

<b>Kaygı</b>
0: Yok ya da çok hafif
1: Hafif
2: Orta derecede
3: Şiddetli

<b>Kaçınma</b>
0: Kaçınma yok ya da çok ender
1: Zaman zaman kaçınırım
2: Çoğunlukla kaçınırım
3: Her zaman kaçınırım

<b>Kaygı</b>	<b>Puan</b>	<b>Kaçınma</b>	<b>Puan</b>
Dikkatleri üzerinde toplamak		Dikkatleri üzerinde toplamak	
Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
Umumi yerlerde yemek yemek		Umumi yerlerde yemek yemek	
Küçük bir grup faaliyetine katılmak		Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	

**Katılım Belgesi**  
**Attendance Certificate**



*Ayşe Kalyon*

**Kognitif Terapinin Anksiyete Tedavisinde Uygulanması**  
**(13 saat) workshopına katılmıştır.**  
17-18 Ocak 2015 İstanbul, Türkiye

Attended "Applying Cognitive Therapy  
for the Treatment of Anxiety"  
a 2-day (13 hours) intensive workshop.  
January 17-18, 2015 Istanbul, Turkey

Dr. Emel Stroup, ABPP, ACT  
ACT Approved Trainer

CBTİSTANBUL

Ek 3'ün devamı



## Kognitif Terapi Workshop Sertifikası Cognitive Therapy Workshop Certificate

**Ayşe Kalyon**

Kognitif Terapi Yönelimli Klinik İlk Görüşme & Terapi Becerileri(13 Saat),  
Kognitif Terapi İlkeleri ve Depresyon Tedavisinde Uygulanması (12 Saat),  
Kognitif Terapinin Anksiyete Tedavisinde Uygulanması (13 Saat),  
Kognitif Terapinin OKB Tedavisinde Uygulanması (12 Saat)

toplamda 50 saat olan Kognitif Terapi Workshop Programı'nı tamamlamıştır.

Belgenin verildiği tarih: 13 Aralık 2015 İstanbul, Türkiye

by attending the following workshops

Cognitive Therapy Oriented Clinical First Interview & Therapy Skills (13 Hours),  
Cognitive Therapy Principles and their Application for the Treatment of Depression (12 Hours),  
Applying Cognitive Therapy for the Treatment of Anxiety (13 Hours),  
Applying Cognitive Therapy For the Treatment of OCD (12 Hours)


has completed the 50-hours Cognitive Therapy Workshop Program

Date document awarded: December 13, 2015 Istanbul, Turkey


Dr. Emel Stroup, ABPP, ACT  
ACT Approved Trainer



Ek 3'ün devamı



**ISST**  
INTERNATIONAL SOCIETY OF  
SCHEMA THERAPY



**psikonet**  
...çünkü bilgi özgürlüktür

## KATILIM BELGESİ


### CERTIFICATE OF ATTENDANCE

.....*Ayşe Kalyon*.....

**Şema Terapi: Model ve Teknikler (40 saat) ve  
Borderline ve Narsistik Kişilik Bozukluklarında  
Şema Terapi Uygulamaları (16 saat)**  
Toplamda 56 saatlik Şema Terapi Eğitim Programını  
başarı ile tamamlamıştır.

Schema Therapy, Model and the Techniques (40 hours) and  
Schema Therapy Applications in  
Borderline and Narcisistic Personality Disorders (16 hours)  
has completed the training program on Schema Therapy (56 hours)

**Eğitmen / Trainer**  
Dr. H. Alp Karaosmanoğlu  
Psikiyatrist  
ISST Certified Schema Therapist / Trainer



Sertifika No: *15-408*  
Sertifika Düzenleme Tarihi: *3. Mayıs 2015*

PsikoNET Psikoterapi Eğitim  
Valikonağı Cad. No:101/B Çan Ağı. Nispetiye Şişli 34363 İSTANBUL / TÜRKİYE  
Tel: 0 212 2315443 Faks: 0 212 2312277 e-posta: info@psikonet.com www.pskonet.com

Ek 3'ün devamı





XIII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi  
 7-9 Ekim 2015

**KATILIM BELGESİ**

Ayşe KALYON

Mersin Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı ve Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği'nin işbirliği ile düzenlenen XIII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi'nde "Kognitif Davranış Terapilerinde Grup Terapisi" atölye çalışmasına katılmıştır.

Kongre Başkanı  
 Prof. Dr. Alim KAYA  
 Mersin Üniversitesi Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı Başkanı

Kongre Başkanı  
 Prof. Dr. Filiz BİLGE  
 Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Genel Başkanı

**Ek 4:****GRUP KURALLARI**

1. Grup sürecinde konuşulanlar kesinlikle grup oturumlarının dışına yansıtılmayacaktır. Bu bakımdan grup üyeleri gizlilik ilkesine uymayı kabul ederler.
2. Grup süreci içerisindeki tüm ilişkilerde bireye saygı ilkesi ön planda tutulacaktır ve grup sürecinde diğer üyelere isimleriyle hitap edilecektir.
3. Gruptaki her üye değerlidir. Grupta hiçbir üye grup lideri ya da diğer üyeler tarafından aşağılanamaz.
4. Grup sürecinin ilerleyişi ve bireyin bu süreçten yeterince yararlanması için grup oturumlarına devam esastır.
5. Her üye grup oturumlarına zamanında gelmekle sorumludur.
6. Grup sürecinde hiçbir zaman fiziksel saldırı sayılabilecek davranışlarda bulunmak kabul edilemez.
7. Hiçbir üye grup oturumlarına alkol ve uyuşturucu madde almış bir biçimde katılamaz.
8. Grup oturumlarına dinleyici ya da gözlemci sıfatıyla grup dışından hiç kimse kabul edilemez.
9. Grubun her üyesi grup içerisinde verilecek tüm görevleri yerine getirmekle ve verilecek tüm grup dışı uygulama çalışmaları ve ev çalışmalarını yapmakla yükümlüdür.
10. Her bir grup üyesi, grubun diğer üyelerinin ve kendisinin grup sürecinden en iyi bir biçimde yararlanması için gerekli özeni ve çabayı gösterir.
11. Her bir üye potansiyelleri ölçüsünde grubun ilerleyişine sürekli katkıda bulunur.
12. Her grup üyesi öncelikle kendisinin ve gruptaki diğer üyelerin gelişiminden sorumludur. Kendisinin ve diğer üyelerin gelişimlerini olumsuz etkileyecek söz ve davranışlardan kaçınmakla yükümlüdür.
13. Grup üyeleri konuşmalarında genellemeler yapmak yerine, kendi yaşamlarından örnekler vermeye caba göstereceklerdir.
14. Grup lideri, grubun hem bir üyesi hem de lideridir.
15. Grup sürecinde ortaya çıkacak yeni durumlar karşısında belirlenmesi gereken yeni kuralları grup üyeleri birlikte belirleyeceklerdir.
- 16.....
- 17.....

**GRUP KONTRATI**

Ben.....

Arş. Gör. Ayşe KALYON tarafından hazırlanan ve on oturum sürececek olan programa kendi isteğimle katılmayı, yukarıda yer alan grup kurallarına uymayı ve bu grubun bir parçası olmayı kabul ediyorum.

.../.../20....

İmza

**Ek 5:**

### **KİŞİSEL AMAÇ BELİRLEME FORMU**

İsim :

Tarih :

Bu programa katılmamdaki temel nedenler:

Bu eğitim programını bittiğinde başarmak istediğim şeyler:

## Ek 6:

OLUMSUZ DUYGU YARATAN OLAY	DÜŞÜNCE (Aklınızdan ne geçti?)	DUYGU (Hangi olumsuz duyguyu hissettiniz?)	DAVRANIŞ (Hangi davranışı gösterdiniz?)
<p>Örnek: Derste hocanın anlattığı bir konuyu anlamamak</p>	<p>Örnek: Ya hocaya sorduğum soru diğerlerine göre çok basit bir soru olursa?</p>	<p>Örnek: Üzüntü/kaygı/kızgınlık/heyecan vs.</p>	<p>Soru sormaktan vazgeçme</p>

+



**BENİM İÇİN KAYGILANMAKTAN KORKMAK**

Düşüncelerimi kontrol edememek demektir.

.....demektir.  
.....demektir.  
.....demektir.  
.....demektir.

**KAYGILANMAKTAN ÇOK KORKUYORUM ÇÜNKÜ; (BİLİŞSEL BİLEŞENLER)**

Yanlış veya hatalı bir şeyler söylemekten korkuyorum.

Dikkatimi toparlayamamaktan korkuyorum.

.....korkuyorum.  
.....korkuyorum.  
.....korkuyorum.  
.....korkuyorum.  
.....korkuyorum.

**KAYGILANMAKTAN ÇOK KORKTUĞUM ZAMANLARDA BEDENİMDE OLAN  
HİSSETTİĞİM DEĞİŞİKLİKLER; (FİZİKSEL BİLEŞENLER)**

Kalbimin hızlı çarptığını hissediyorum.

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

**KAYGILANMAKTAN EN ÇOK KORKTUĞUM ORTAMLAR/DURUMLAR;  
(SOSYAL BİLEŞEN)**

Fikirlerimi ifade etmemin beklendiği bilgiye dayalı bir grup ortamıdır.

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

**KAYGILANMAKTAN ÇOK KORKTUĞUM ZAMANLARDA ..... DUYGULARI  
YAŞIYORUM**

Çaresizlik Yetersizlik .....  
.....  
.....



## Ek 8:

KAYGI DUYMAKTAN KORKTUĞUNUZ OLAY/DURUM, YER, ZAMAN	KAYGILANMAKTAN KORKMA DERECE (%0-100)	DUYUMLAR/BEDENSEL BELİRTİLER	DÜŞÜNCELER	DAVRANIŞLAR

## Ek 9:

KAYGI DUYMAKTAN KORKTUĞUNUZ OLAY/DURUM, YER, ZAMAN	KAYGILANMAKTAN KORKMA DERECEİNİZ (%0-100)	DUYUMLAR/BEDENSEL BELİRTİLER	KAYGI İÇEREN OLUMSUZ DÜŞÜNCELER	BU DÜŞÜNCELERE İNANÇ DÜZEYİNİZ (%0-100)	KAYGI İÇEREN DAVRANIŞLAR	SONUÇ



## Ek 10:

## Bilişsel Çarpıtmaların Listesi

1. **Zihin okuma:** İnsanların düşünceleri hakkında yeterli kanıtınız olmaksızın onların ne düşündüğünü bildiğinizi varsayabilirsiniz. Örneğin, "Benim kaybeden biri olduğumu düşünmüyor".
2. **Geleceği okuma:** Geleceğe ilişkin kehanette bulunursunuz- bir şeyler kötüye gidecektir veya ileride bir tehlike vardır. Örneğin, "Sınavdan kalacağım" veya "İyi alamayacağım".
3. **Felâketleştirme:** Olmakta olan veya olacak şeylerin sizin kaldıramayacağınız kadar korkunç olacağına inanırsınız. Örneğin, "Başarısız olursam korkunç olur".
4. **Etiketleme:** Bir bütün olarak olumsuz özellikleri kendinize veya diğerlerine yüklersiniz. Örneğin, "İstenmeyen biriyim" veya "O yozlaşmış biri".
5. **Olumluyu yok sayma:** Sizin veya diğerlerinin kazandığı başarıların önemsiz olduğunu iddia edersiniz. Örneğin, "Bu bir eşin zaten yapması gereken bir şey, bu yüzden bana iyi davranması önemli değil" veya "Bu başarılar kolaydı, onun için önemli sayılmaz".
6. **Olumsuz süzgeç:** Hemen hemen sadece olumsuzlar üzerine odaklanırsınız ve nadiren olumluları önemsersiniz. Örneğin, "benden hoşlanmayan tüm insanlara bak".
7. **Aşırı genelleme:** Tek bir olay temelinde bütünsel bir olumsuzluk algılersiniz. Örneğin, "Bu bana hep olur. Birçok konuda başarısızım gibi görünüyor".
8. **İkili düşünme (hep ya da hiç):** Olayları ya da insanları hep ya da hiç olarak değerlendirirsiniz. Örneğin, "Herkes tarafından reddediliyorum" veya "Bu zaman kayıptı".
9. **"-meli, -malı":** Olayları basitçe ne olduğuna odaklanmak yerine bir şeylerin nasıl olması gerektiğini gözeterek yorumlarsınız. Örneğin, "İyi yapmalıyım. Yapamazsam, başarısız biriyim demektir".
10. **Kişiselleştirme:** Olumsuz olayları orantısız şekilde kendinize bağlarsınız ve belli bazı olayların başkalarından kaynaklanabileceğini göremezsiniz. Örneğin, "Evliliğim bitti, çünkü ben başarısız biriyim".
11. **Suçlama:** Olumsuz duygularınızın kaynağı olarak diğer insanlara odaklanırsınız ve kendinizi değiştirmek için sorumluluk almayı reddedersiniz. Örneğin, "Şimdi hissettiklerimin suçlusu odur" veya "tüm sorunlarımın kaynağı ailedir".
12. **Haksız kıyaslama:** Olayları sizden daha iyi olan başkalarının gerçek dışı standartlarına öncelikli olarak odaklanmak suretiyle yorumlarsınız ve daha sonra karşılaştırma yaparak kendinizi daha aşağıda göstererek yargılersiniz. Örneğin, "O benden daha başarılı" veya "Diğerleri sınavda benden daha iyi yapıyorlar".
13. **Pişmanlık eğilimi:** Şimdi daha iyi yapabileceğiniz şeyden çok geçmişte daha iyi yaptığınız şeyden dolayı pişman olmanız gereken şeye odaklanırsınız. Örneğin, "Biraz daha uğraşsaydım daha iyi bir iş çıkarabilirdim" veya "Bunu söylememeliydim".
14. **Ya olursa?:** Olacak şeylerle ilgili "ya olursa" tarzında birçok soru sorarsınız ve cevaplardan asla tatmin olmazsınız. Örneğin, "Peki, ama ya kaygılanırsam?" veya "Ya soluk alamazsam?".
15. **Duygusal çıkarsama:** Gerçeği yorumlamak için duygularınızın rehberlik etmesine izin verirsiniz. Örneğin, "Çökkün hissediyorum, bu yüzden evliliğim kötü gidiyor".
16. **Yanlışlanamaz hale getirme:** Olumsuz düşüncelerinize ters düşecek herhangi bir kanıt veya iddaiyi reddedersiniz. Örneğin, "sevilmeye değer değilim" diye düşündüğünüzde, insanların sizden hoşlanmaması ile ilgili herhangi bir kanıtı ilgili değilmişcesine reddedersiniz. Sonuç olarak, düşünceniz çürütülemez. Bir diğer örnek, "Asıl konu bu değil. Daha derin sorunlar var. Başka faktörler var".
17. **Yargılamaya odaklanma:** Kendinizi, diğerlerini ve olayları basitçe tanımlamak, kabul etmek veya anlamak yerine siyah/beyaz (iyi/kötü, üstünlük/aşağılık) değerlendirmeler şeklinde görürsünüz. Sürekli olarak kendinizi ve diğerlerini keyfi standartlara göre değerlendirirsiniz ve kendinizi ve diğerlerini yetersiz bulursunuz. Diğerleri ile ilgili yargılarınız kadar kendinizle ilgili yargılarınıza da odaklanırsınız. Örneğin, "Okulda iyi performans gösteremedim" veya "Tenis dersi alırsam, iyi yapamam" veya "Onun ne kadar başarılı olduğuna bak. Ben başarılı değilim".

Kaynak: Leahy, R. L. (2008). *Bilişsel terapi yöntemleri* (s. 26). Ankara: HYB.

## Ek 11: Bilişsel Çarpıtmaları Belirlemeye Dönük Ev Ödevi Formu

### Düşünce Çarpıtmalarının Sınıflandırması

Düşünce çarpıtmalarının sınıflandırması: zihin okuma, geleceği görme, felâketleştirme, etiketleme, olumluyu yok sayma, olumsuzluğu süzme, aşırı genelleme, ikili düşünme, -meli, -malı, kişiselleştirme, suçlama, haksız kıyaslama, pişmanlık eğilimi, ya olursa düşüncesi, duygusal çıkarsama, yanlışlanamaz hale getirme, yargılamaya odaklanma.

Otomatik Düşünce	Çarpıtma

Kaynak: Leahy, R. L. (2008). *Bilişsel terapi yöntemleri* (s. 27). Ankara: HYB.

## Ek 12:

**Kendi Savunma Avukatınız Rolünü Oynama**

Bazen kendi kendimizi yargılarız, fakat kendimizi olumsuz düşüncelerimize karşı savunmak için zaman ayırmayız. Bu alıştırma, kendinize karşı yapılmış olumsuz "suçlamalara" veya eleştirilere karşı kendinizi korumak üzere kendinizin savunma avukatı rolünü oynuyorsunuz. Bu formdaki her soruyu cevaplayın ve kendinize karşı çok acımasız olup olmadığınızı inceleyin.

Hangi "yasa" çiğnedi? Kendinize karşı hangi suçlu işlediniz? Bunu gösteren çok fazla kanıt var mı?
Kendinizi nasıl savundunuz?
Davranışınızın başka açıklamaları var mı?
Kötü niyetle ve zalimce mi davrandınız?
Sorumlu bir kişi nasıl davranırdı?
Sizi destekleyen ve karşı olan durumların niteliği nedir?
Bu kanıtları jüri nasıl değerlendirdi?

Kaynak: Leahy, R. L. (2008). *Bilişsel terapi yöntemleri* (s. 57). Ankara: HYB.

**Ek 13:****Kişisel Haklar Çalışma Kağıdı****Siz,**

- 1. Başkalarının haklarına zarar vermedikçe, itibarınızı ve kendinize olan saygınızı geliştirecek şekilde davranma hakkına sahipsiniz.**
2. Saygılı davranılma hakkına sahipsiniz.
- 3. Hayır deme ve bundan dolayı suçluluk duymama hakkına sahipsiniz.**
4. Duygu ve deneyimlerinizi açıklama hakkına sahipsiniz.
- 5. Yavaş düşünme ve zaman harcama hakkına sahipsiniz.**
6. Fikrinizi değiştirme hakkına sahipsiniz.
- 7. İsteklerinizi talep etme hakkına sahipsiniz.**
8. Bir insan olarak yapabileceklerinizden daha azını yapma hakkına sahipsiniz.
- 9. Bilgilendirilmeyi isteme hakkına sahipsiniz.**
10. Hata yapma hakkına sahipsiniz.
- 11. Kendinizi iyi hissetme hakkına sahipsiniz.**
12. Diğerlerinin hakkını ihlal etmediğiniz sürece her şeyi yapma hakkına sahipsiniz.
- 13. İsteddiğiniz zaman yalnız kalma hakkına sahipsiniz.**
14. Dinlenilme ve ciddiye alınma hakkına sahipsiniz.
- 15. Girişken ya da sosyal açıdan yeterli davranmama hakkına sahipsiniz.**
16. Fikir sahibi olma ve onları ifade etme hakkına sahipsiniz.
- 17. Bağımsız olma hakkına sahipsiniz.**

## Ek 14:

Sosyal olmak nedir?	Göz teması kurmak birey için ne anlama gelir?
Sosyallik ve sosyalleşme nedir	Selam verilmek birey için ne anlama gelir?
Sosyal insanın özellikleri nedir?	Duyularını ifade etmek birey için ne anlama gelir?
Sosyal anlamda etkin olmak nedir?	İhtiyaç duyduğunda yardım istemenin birey açısından önemi nedir?
Sosyal ortamlarda sergilediğimiz davranışlar nelerdir?	Hayır diyebilme becerisi neden önemlidir?
Sosyal beceri nedir?	Başkalarının duygularını anlama neden önemlidir?
Sosyal beceriler içerisinde neleri sayabiliriz?	Kişisel haklarını savunma neden önemlidir?
Çatışma ve uzlaşma becerilerine sahip olma neden önemlidir?	Grup baskısıyla başa çıkma neden önemlidir?
Grup önünde utanma/sıkılmayla başa çıkma birey için neden önemlidir?	İltifat almanın birey için anlamı nedir?
Öfkeyle başa çıkmak neden önemlidir?	Korku ve klaygıyla başa çıkmak neden önemlidir?

**Ek 15:****Sosyal Beceri Analizi****1. Başlangıç sosyal beceriler:**

Dinleme, konuşmayı başlatma, konuşmayı sürdürme, soru sorma, teşekkür etme, kendini tanıtmaya, başka kişileri tanıtmaya, iltifat etme

**2. İleri sosyal beceriler:**

Yardım isteme, katılım gösterme, yönergeler verme, yönergelere uygun davranma, özür dileme, diğerlerini ikna etme

**3. Duygularla baş etme becerileri:**

Duygularını bilme, duygularını ifade etme, başkalarının duygularını anlama, başkasının öfkesiyle başa çıkma, sevgiyi ifade etme, korkuyla başa çıkma, kendini ödüllendirme.

**4. Saldırganlığa alternatif beceriler**

İzin isteme, bir şeyleri paylaşma, başkalarına yardım etme, uzlaşma, kendini kontrol etme, haklarını savunma, alay edilmeye başa çıkma, belaya bulaşmaktan kaçınma, kavgadan uzak durma

**5. Stresle baş etme becerileri**

Şikayet etme, şikayete cevap verme, örnek bir insan olma, utanmayla başa çıkma, terk edilmekle başa çıkma, bir arkadaşı savunma, ikna edilmeye karşılık verme, başarısızlığa tepki verme, çelişkili/karşıt mesajlarla başa çıkma, suçlama ile başa çıkma, zor bir konuşmaya hazır olma, grup baskısıyla başa çıkma..

**6. Planlama becerileri**

Bir şey yapmaya karar verme, sorunun nedenine karar verme, bir hedef belirleme, yeteneklerine karar verme, bilgi toplama, problemleri önemine göre düzenleme, bir karar verme, bir görev üzerinde yoğunlaşma

**Kaynak:** Goldstein, A. P., McGinnis, E., Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. ve Klein, P. (1997). Skillstreaming the adolescent: New strategies and perspectives for teaching prosocial skills (Revised Ed.). USA: McNaughton & Gum.

Ek 16:

**KORKU****ÖFKE****ENDİŞE****SEVİNÇ****GÜVEN****GÜVENSİZLİK****MUTLULUK****HEYECAN****NEFRET****ÜZÜNTÜ****KIZGINLIK****UTANMA****AŞAĞILANMIŞ  
HİSSETME****GÜVEN****SIKILMA****KIRGINLIK****GERGİNLİK****MAHCUP OLMUŞ****HAYAL KIRIKLIĞINA  
UĞRAMIŞ****SİNİRLİLİK****HUZUR****HUZURSUZLUK****MERHAMET****NEŞE****İNCİNME****KARAMSARLIK**

## Ek 17:

Ders kapsamında her öğrencinin okuduğu bir kitabı sınıfa anlattığı bir etkinlik gerçekleştiriyorsunuz. Bir arkadaşının sunmuş olduğu kitaba ilişkin anlatımı ve yorumları çok hoşuna gidiyor. Bir ders arasında arkadaşının yanına gidip ona yaptığı yorumlarla ilgili düşüncelerini ifade ediyorsun.

Bir arkadaşın zor ve stresli bir dönemden geçiyor. Yetiştirmesi gereken birtakım işleri var ve paniğe kapılmış durumda. Arkadaşının bu durumunu görüyorsun ve ona iyi olup olmadığını soruyorsun. O da 'bu kadar işi zamanında asla yetiştiremeyeceğim' diyor. Arkadaşının daha önce de zor işlerin başarılı bir şekilde üstesinden geldiğini biliyorsun ve bunu ona ifade ediyorsun.

İki hafta süren sınav döneminde annen moral olsun diye hergün senin sevdiğin yemekleri yapıyor, kıyafetlerini temizliyor ve odanı topluyor. Annenin bu çabası ve emekleri senin çok hoşuna gidiyor ve bunu ona ifade ediyorsun.

Arkadaşın yeni bir eve taşınıyor ve kolilenmesi gereken bir sürü eşyası, kıyafeti ve kitapları var. Arkadaşına eğer isterse ona yardım edebileceğini söylüyorsun. O da bu teklifine çok seviniyor. Dört saat süren eşya kolileme işinden sonra ikinizde çok yoruluyorsunuz. Arkadaşın yanına geliyor ve 'Yardımanın olmasaydı çok zorlanırdım. Çok teşekkür ederim.' diyor.

Okul kütüphanesi için kitap toplayan bir arkadaşın geniş çaplı bir kampanya başlattı. Gelen kitapların sayısını artırmak için arkadaşın sınıflarını dolaşiyor, poster hazırlıyor ve sosyal medyadan duyurular yapıyor. Arkadaşının göstermiş olduğu bu çaba seni çok etkiliyor. Yanına gidip ne kadar duyarlı bir birey olduğunu ve organizasyon konusunda çok başarılı bir performans sergilediğini ona ifade ediyorsun.

Hafta sonu kafa dağıtmak için alışveriş merkezine gittin. Önünden giden elli yaşlarındaki bir kadının cüzdanını düşürdüğünü gördün. Kadının cüzdanını yerden alıp ona yetişmek için hızlı adımlarla yürümeye başladın ve cüzdanını ona iade ettin. Kadın sana 'Sağol ecladım. Bu zamanda senin gibi erdemli gençlerle karşılaşmak çok güzel.' diyor.

Okuldan eve dönerken 11-12 yaşlarında üç çocuğun aynı yaşlardaki başka bir çocuğa zorbalık yaptığını görüyorsun. Yanlarına gidip duruma müdahale ederek uzlaşmalarını sağlıyorsun. Grup dağıldıktan sonra zorbalığa uğrayan çocuk yanına gelip ona destek olduğunu için senin çok iyi bir insan olduğunu söylüyor ve sana teşekkür ediyor.

Haftalardır hazırlamakta olduğun zorlu bir ödevin teslim tarihi geldi. Ödevin son koşulu olarak sınıfta sunum yapman gerekiyor. Kalabalık önünde sunum yapacağın için çok heyecanlısın. Sunum günü gelip çıktığında heyecanlı bir şekilde tahtaya geçip performansını gerçekleştiriyorsun. Dersten sonra birkaç arkadaşın yanına gelip sunumunun çok güzel olduğunu söylüyor.



**Ek 18:**

<p>Sınıftan bir arkadaşın gözün gibi koruduğun dizüstü bilgisayarını film izlemek için senden istiyor. Ama sen bilgisayarında vakit harcamak istiyorsun ve aslında bilgisayarını kimseye emanet vermek istemiyorsun.</p>	<p>Oda arkadaşın sana zor durumda olduğunu söylüyor ve senden borç para istiyor. Daha önce de senden aynı şekilde borç para almasına rağmen sana geri vermedi. Ona borç para vermek istemiyorsun</p>
<p>Sınıf arkadaşlarında biri zor bir sınavdan önce yanına gelip ona kopya vermeni ister. Arkadaşın bu konuda oldukça ısrarcı davranıyor ve senden yardım istiyor. Sen tüm gece boyunca sınava çalıştın. Arkadaşın ise kitaba biraz göz gezdirdikten sonra sabah erkenden kalkıp çalışmak için erkenden yatmaya gitti ve rahat bir uyku çekti. Fakat sabah erken uyanamadı. Bu sınavda yüksek not almak senin için oldukça önemli.</p>	<p>Hergün düzenli çalışman gerektiğinin farkındasın. Bugün de evinde hazırlıklarını yapıp tam çalışma masasına oturmuşken arkadaşlarından biri yanına gelip çay içtiklerini ve onların arasına katılıp hoş sohbetinle ortamı şenlendirmeni istediklerini belirtiyor. Sen ise tam ders çalışmaya konsantre olmuşken çay saati için ara verirsen bir önceki gün gibi muhabbetin uzayacağını ve bir günü daha ders çalışmadan geçireceğinin farkındaasın.</p>
<p>Odanda otururken bir arkadaşın yanına geliyor ve sana dışarı çıkıp biraz hava almayı teklif ediyor. Sen yatağına uzanıp kitap okumak ve müzik dinlemek istiyorsun. Arkadaşın ise dışarı birlikte çıkmak için çok ısrar ediyor. Arkadaşını kırmak istemiyorsun fakat dışarı da çıkmak istemiyorsun.</p>	<p>Kalabalık bir kafede tek başına oturuyorsun ve yan masada oturan bir grup gençten birisi yanına gelip masana izinsiz bir şekilde oturuyor ve seninle konuşmaya çalışıyor. Sen de tavırlarından rahatsız olup yanından gitmesini istiyorsun.</p>
<p>Yolda yürürken bir pazarlamacı yanına gelip ısrarcı bir şekilde sana elindeki ürünü satmaya çalışıyor. Elindeki ürünün tüm özelliklerini anlatıyor ve alman için seni ikna etmeye çalışıyor. Geçimini sağlamak için çok satış yapmaya ihtiyacı olduğunu söylüyor. Sen ise her ne kadar pahalı olmasa da bu ürünü almak istemiyorsun.</p>	<p>Bir ders kapsamında iki kişilik gruplar halinde ödev hazırlıyorsunuz. Grup arkadaşın görevlerini yerine getirmiyor. Ödev teslim tarihinden bir gün önce seni telefonla arayıp ödevine onun ismini de yazmanı istiyor. Emek harcadığın bu ödevine hiç emek harcamamış arkadaşının ismini yazmamak istemiyorsun.</p>
<p>Bir arkadaşın sen ödev yaparken yanına geldi ve o gün yaşadığı bir sorunu sana anlatmaya başladı. Arkadaşının birinin onu dinlemesine ve ona destek olmasına ihtiyaç duyduğunun farkındasın. Fakat aynı zamanda ödevini de bitirmen gerekiyor. Çünkü ertesi gün sunum yapacaksın ve saat de geç oldu. Sen ödevine odaklanmak ve sunuma hazırlanıp çok önem verdiğin bu dersten iyi bir not almak istiyorsun.</p>	<p>Çok samimi olduğun bir arkadaşın telefonunu karıştırıp fotoğraflarına ve mesajlarına bakmak istiyor. Sen de özel hayatına ait gizliliğin bu şekilde ihlal edilmesinden hiç hoşlanmıyorsun. Bu durumdan hoşlanmadığını ve bu tür davranışlarda bulunmaması gerektiğini kalbini kırmadan arkadaşına ifade etmek istiyorsun</p>

## Ek 19:

**Atılğan olmamak (çekingen davranmak);**

Fikirlerinizi, gereksinimlerinizi, isteklerinizi, duygularınızı ve görüşlerinizi ifade etmede kendi haklarınıza saygı duymuyor olmanız demektir. Eğer atılğan değilseniz kısa vadede çatışmadan kaçınabilirsiniz, kimse sizin ne hissettiğinizi bilmediği için de büyük olasılıkla istediğiniz veya ihtiyaç duyduğunuz şeye ulaşamazsınız. Buna ek olarak, sanki kimse siz saygı duymuyormuş gibi hissetmeye başlayabilir veya diğer insanlara sizden faydalandıkları için kızabilirsiniz.

**Kendi hayatınızdaki atılğan olmayan davranışlarınızı düşününüz:**

**Saldırğan olmak,**

Hissettiklerinizi, düşüncelerinizi, isteklerinizi veya inandıklarınızı karşınızdaki kişinin saygı duyulması gereken haklarına saygı duymaksızın, öfkeli, kırıcı, kızgın, incitici, küçümseyici, kinci, vb. biçimde söylemektir. Eğer saldırğansanız istediğinizi alabilirsiniz çünkü diğerleri size onu vermekten korkarlar, fakat insanları kendinize küstürebilir veya böyle davrandığınız için suçluluk duyabilirsiniz.

**Kendi hayatınızdaki saldırğan davranışlarınızı düşününüz:**

**Atılğan olmak;**

Başkalarının ve kendinizin haklarını inkâr etmeksizin duygularınızı dürüstçe ifade etmektir. Eğer atılğansanız, insanların ne düşündüğünüzü bilmelerine izin verirsiniz ve böylelikle istediklerinizi ve ihtiyaçlarınızı elde etmek için iyi bir şansa sahip olursunuz. Ayrıca, gücenme, öfke ve suçluluk hissetmekten kaçınır ve diğer insanlara saygı duyduğunuzdan onları kendinize küstürmezsiniz.

**Kendi hayatınızdaki atılğan davranışlarınızı düşününüz:**

**Kaynak:** Smead-Morganett, R. (2005). Yaşam becerileri: Ergenler için grupla psikolojik danışma uygulamaları. Ankara: PegemAYayıncılık (s. 87)

## Ek 20:

OLAY/DURUM	DÜŞÜNCE (Aklınızdan ne geçti?)	DAVRANIŞ (Hangi davranışı gösterdiniz?) Atilgan ( ) Saldırgan ( ) Atilgan Olmayan ( ) <i>Davranışınızı belirtiniz.</i>

## Ek 21:

Apartman dairesinde oturuyorsunuz. Üst komşunuz sürekli pencereden bir şeyler silkeleyip balkonunuzun kirlenmesine neden oluyor. Siz de bu durumdan çok rahatsız olup ona bu davranışının apartman kurallarına aykırı olduğunu ve tekrar etmemesi gerektiğini söylüyorsunuz.

Çok yoğun geçen bir günün sonunda dinlenmek için yurda/kaldığınız yere geldiniz. Oda arkadaşınız siz uyumaya çalışırken yüksek sesle müzik dinliyor. Siz de müzik sesinden rahatsız oluyorsunuz ve uyuyamıyorsunuz.

Alışveriş yapmak için merkeze gittiniz ve satın aldıklarınızın ücretini ödemek için kasada sıraya girdiniz. Yeni gelen bir kişi ön sıralara geçmeye çalışıyor ve uyarıda bulunmalara sert bir şekilde çıkıyor. Bu durumdan rahatsız oluyorsunuz.

Aranızda konuştuklarınızı gidip başkalarına anlatan bir arkadaşınız var. Bu durum sizi zora sokuyor ve bu arkadaşınızın davranışını hiç hoş bulmuyorsunuz. Arkadaşlığınızın devam edebilmesi için bu davranışına son vermesi gerektiğini düşünüyorsunuz.

Bir kitapçıya gidiyorsunuz. İkinci el olduğunu söylediği bir kitabı size satmaya çalışıyor. Fakat siz kitabın korsan olduğunu farkediyorsunuz. Korsan kitap satmanın yasalara aykırı olduğunu biliyorsunuz.

Marketten bir kutu süt aldınız. Eve geldiğinizde sütün son kullanma tarihinin geçmiş olduğunu ve sütün bozulduğunu farkettiliniz. Kasiyere gidip durumu izah ettiniz fakat kasier ürünü iade alamayacaklarını söyledi.

Ders çalışmak için okul kütüphanesine gidiyorsunuz. Bir grup arkadaş dikkatinizi dağıtacak şekilde gülüşüp kısık sesle sohbet ediyor. Dikkatinize çalıştığınız konuya vermenizi engellediği için bu durumdan rahatsızlık duyuyorsunuz.

Kardeşiniz ödevlerini her zaman son ana bırakıp sizi ona yardım etmeye zorluyor. Siz de verimli ve etkili ders çalışma alışkanlığı kazanması için bu davranışına bir son vermesi gerektiğini düşünüyorsunuz.

Normal zamanlarda sizinle çok fazla iletişim kurmayan bir arkadaşınız sınav zamanlarında sürekli sizden notlarınızı onunla paylaşmanızı istiyor. Kullanıldığınızı hissettiğiniz için nbu durumdan rahatsız oluyorsunuz.

Grup ortamında sohbet ederken bir arkadaşınız şakalaşmak amacıyla argo ifadeler ve alaycı kelimeler kullanıyor. Siz de dahil olmak bu durumdan rahatsız olan bir kaç kişi var. Diğerleri arkadaşlarını kırmamak için sessiz kalmayı tercih ediyor. Fakat bu durum sizin tahammül sınırlarınızı zorluyor.

**Ek 22:**

İyi bir not almak çok çalıştığınız bir sınavdan düşük bir not aldığınızı öğreniyorsunuz. Sınav kağıdınızın hatalı bir şekilde okunmuş olabileceğini düşünüyorsunuz. Dersin hocası kağıdınıza tekrar bakmayacağını söylüyor fakat siz notunuzun eksik olduğu konusunda ısrarcısınız.

Part-time (yarı zamanlı) olarak çalıştığınız bir işyerinde patronunuz yapmanız size gerekenden daha fazla iş yükü getiriyor. Bu sizin daha fazla yorulmanıza ve diğer işlerinizin aksamasına neden oluyor. Ayrıca yaptığınız ek işler karşılığında da ekstra bir ücret almıyorsunuz. Maddi ihtiyaçlarınızı karşılamak için bu part-time işe ihtiyacınız var fakat ekstra iş yükünden çok rahatsız oluyorsunuz.

Her hafta düzenli olarak ödev teslimi yapıyorsunuz fakat dersin hocası size herhangi bir dönüt vermediği gibi yetersiz olduğunuza dair sürekli olarak eleştirilerde bulunuyor. Ödevlerinizin niteliğini artırabilmek için nerelerde hata yaptığınıza dair hocanızdan geri dönüt almaya ihtiyacınız var.

Yorucu bir ders döneminin sonunda sınıf arkadaşlarınızla birlikte tarihi ve turistik özelliklere sahip bir şehre sınıf gezisi yapmayı planlıyorsunuz. Siz de bu geziye katılmak ve sınıfınızla birlikte güzel vakit geçirmek istiyorsunuz. Aileniz ise sizin şehir dışına çıkmanıza izin vermiyor.

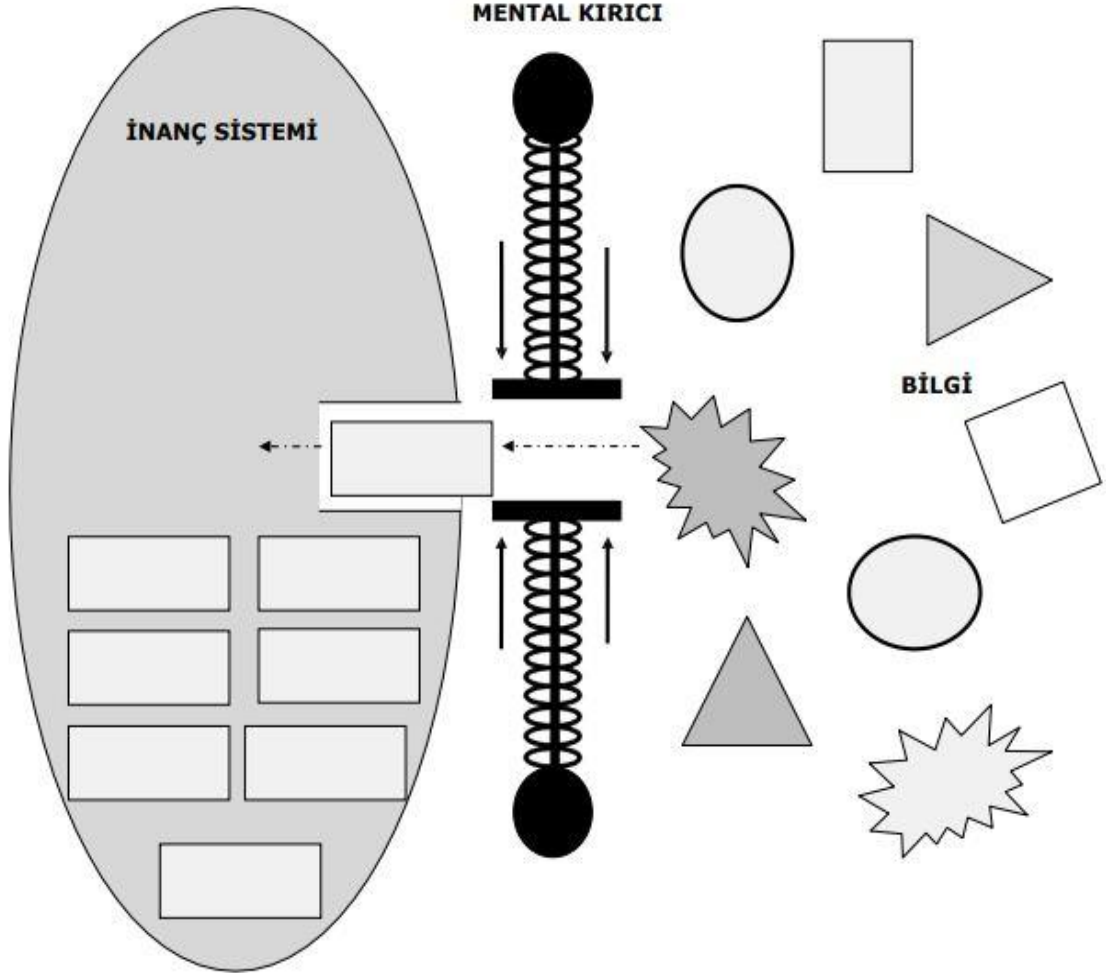
İlkokul 3. sınıfa devam bir kardeşiniz var. Kardeşiniz okula gitmeyi hiç istemiyor ve sabahları çok huzursuz bir şekilde uyanıyor. Durumu araştırdığınızda öğretmenin öğrencileri arasında ayrımcılık yaptığını ve sınıfta sessizliği sağlamak için öğrencilere çok katı davrandığını öğreniyorsunuz. Kardeşinizin durumu hakkında öğretmeniyle görüşmeye karar veriyorsunuz.

Kullandığınız telefon hattına ait faturayı incelediğinizde normalde ödediğiniz ücretten daha fazla bir miktarla karşılaşıyorsunuz. Sizin onay vermediğiniz bir hizmet paketinin hattınıza tanımlandığını ve ek ücrete tabi olduğunu görüyorsunuz. Müşteri hizmetlerini arayarak duruma itiraz etmeyi planlıyorsunuz ve onay vermediğiniz bu ek ücreti ödemek istemiyorsunuz.

Satın aldığınız kitaplığın kırık bir şekilde size ulaştırıldığını fark ediyorsunuz. Fakat nakliye şirketi bu durumla ilgili sorumluluğu almak istemiyor. Kırık bir ürünü almak sizi maddi bir zarara uğratacak. Kitaplığı geri iade edip ilgili birimlere şikayette bulunmayı planlıyorsunuz.

Zor bir sınav için günlerdir çalıştınız ve konu tekrarı yaptınız. Sınav günü gelip çıktığında cevabını bildiğiniz bütün soruları yaptınız. Fakat daha sonra sınavda toplu kopya çekildiğini ve o sınıfta sınava giren bütün öğrencilerin zan altında olduğunu öğrendiniz. Herhangi bir kopya girişiminde bulunmadınız ve böyle bir ithama maruz kalmak sizi çok rahatsız ediyor.

## Ek 23:



**'MENTAL KIRICI'** Butler, Fennel, Hackman 2008

'Mental Kırıcı' inanç sistemimizin girişinin dışında bulunur ve sadece kendi inanç sistemimizle donatılan 'bilgi' ve 'kanıt'ın içeri girmesine izin verir. Herhangi bir karşıt kanıt veya bilgi(dikdörtgen dışındaki diğer şekiller) geri çevrilir, ya da uygun forma sokulur (dikdörtgen haline getirilir). Diyagramdaki patlama şekli kırıcının devreye girdiğini gösteriyor. İçinden geçerken (okla gösterildiği gibi), dikdörtgene dönüşüyor - böylece kırılmış ve şekli bozulmuş hale geliyor. Bundan dolayı görünürde aksi yönde kanıtlar olmasına rağmen inançlarımız değişmeden kalır.

*Alıntıdır: Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders by Butler, Fennel & Hackman(Guilford 2008).*

[www.bilisseldavranisci.org](http://www.bilisseldavranisci.org)

Kaynak: URL-1: [http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/mental\\_kirici.pdf](http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/mental_kirici.pdf)



## Ek 25:

1. Bu şekilde hissetmeye başlamadan hemen önce aklımdan ne geçti?  
Aklımdan geçen başka düşünceler ve imajlar var mıydı?
2. Bu düşünce benimle ilgili ne söylüyor?
3. Bu düşünce benimle, hayatımla ve geleceğimle ilgili ne anlama geliyor?
4. Bu düşünceyi destekleyen kanıtlar neler?
5. Bu düşüncenin pek de geçerli olmayabileceğine ilişkin kanıtlar yok mu?
6. Acaba bunun farklı bir açıklaması (alternatif bir açıklaması) olabilir mi?
7. Olabilecek en kötü şey ne? Bununla nasıl başa çıkabilirim?
8. Olabilecek en iyi şey ne?
9. En gerçekçi sonuç ne olabilir?
10. Bu otomatik düşünceye inanmamın üzerimdeki etkisi ne oluyor?
11. Bu düşüncemi değiştirmemizin etkisi ne oluyor?
12. En sevdiğim bir arkadaşım aynı durumda olsaydı ona ne söylerdim?
13. Kendimde veya olay/durumda görmezden geldiğim herhangi bir güçlü veya olumlu taraf var mı?
14. Bu olumsuz ve işlevsiz düşünceyi değiştirebileceğim işlevsel ve mantıklı düşünce/düşünceler ne olabilir?

Kaynak: Greenberger, D. ve Padesky, C. A. (1995). Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. New York: The Guilford Press. (p. 51, 70)



Ek 26:

## DURR

### ➤ Dur ve bir adım geri at

- Aceleci davranma. Ara ver.



### ➤ Nefes al

- Nefes alıp verdikçe nefesine odaklan.

### ➤ Gözlemle

- Ne düşünüyorum ve ne hissediyorum? Zihnim neler diyor? Bunlar gerçek mi yoksa düşünce mi? Tanımlama mı hesaplama mı? Doğru mu yanlış mı? Olumlu mu olumsuz mu? Hangi olumsuz alışkanlıklarım var? (ör. zihin okuma, negatif filtre, en kötüsünü düşünme)? Dikkatimi nelere veriyorum? Hangi metaforları kullanabilirdim? ( dağ, tünel, otobüsteki yolcular)?



### ➤ Geri çekil : Değişik yönlerden bak



- Durumu dışarıdan biri gibi gözlemleyin. Onun gördükleri ne? Başka bir bakış açısı olabilir mi ? Başka biri olsa ne yapardı? Siz olsanız ona ne tavsiye ederdingiz? Bu olaya verdiğiniz tepki şekli sizinle ilgili neler der? Tepkiniz akıllıca mı?

### ➤ Neyin işe yaradığını bulun

Ne işe yarıyorsa onu yapın !  
Prensipelerinizle ve değerlerinizle yapın!  
Verimli ve uygun oldu mu?  
Olaya uygun mu?  
Prensipelerinizle ve değerlerinizle uyuyor mu?  
Sonuçları ne olabilir?  
Sizin için en iyisi en olumlusu bu durum için ne olabilir?

Ciarrochi & Bailey 2008'den uyarlanmıştır.

[www.bilisseldavranisci.org](http://www.bilisseldavranisci.org)



Kaynak: URL-2: <http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/durr.pdf>

Ek 27:

<b>Değişimin Avantajları ve Dezavantajları</b>	
<b>Değişim Yapmanın Avantajları</b> +	<b>Değişimin Yapmanın Dezavantajları</b> —
<b>Değişim Yapmamanın Dezavantajları</b> —	<b>Değişim Yapmamanın Avantajları</b> +

[www.bilisseldavranisci.org](http://www.bilisseldavranisci.org)

Kaynak: URL-3:

[http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/degisim\\_avantaj\\_dezavantaj.pdf](http://www.bilisseldavranisci.org/images/stories/formlar/degisim_avantaj_dezavantaj.pdf)

## 9. ÖZ GEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

1987 yılında Trabzon'un Of ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Trabzon'un Of ilçesinde tamamladı. 2009 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık lisans programından mezun oldu. 2014 yılına kadar Millî Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda rehber öğretmen olarak görev yaptıktan sonra Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Halen bu görevine devam etmektedir.

### İLETİŞİM BİLGİLERİ:

**Adres** : Karadeniz Teknik Üniversitesi Fatih Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri  
Bölümü, 61300, Söğütlü, Akçaabat/TRABZON

**E-mail** : aysekalyon@ktu.edu.tr