



**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**SOSYAL FOBİ, AGORAFOBİ VE ÖZGÜL FOBİ
HASTALARININ DÜRTÜSELLİK, ANKSİYETE
DUYARLILIĞI VE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

**DR. SAFİYE BAHAR ÖLMEZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DÜZCE-2017



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**SOSYAL FOBİ, AGORAFOBİ VE ÖZGÜL FOBİ
HASTALARININ DÜRTÜSELLİK, ANKSİYETE
DUYARLILIĞI VE KENDİNE ZARAR VERME
DAVRANIŞI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

DR. SAFİYE BAHAR ÖLMEZ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

PROF. DR. AHMET ATAÖĞLU
Tez Danışmanı

DÜZCE-2017

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca, bilgi ve tecrübelerini paylaşmış ve her daim destek ve güvenlerini hissettiren değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU, Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN ve Yard. Doç. Dr. Celalettin İÇMELİ'ye, tezimin planlama ve istatistiksel analiz aşamalarında verdiği koşulsuz destek için Doç. Dr. Şengül CANGÜR'e;

Tıp fakültesinin son senesinde birlikte poliklinik yapma şansını bulduğum ve Psikiyatri'ye farklı bir pencereden bakmamı sağlayarak uzmanlık tercihimde katkıları büyük olan Dr. İsmet KAYGISIZ ve Dr. Ülkü BEŞİKTEPE'ye;

Yalnızca bir çalışma arkadaşı olmaktan ziyade birlikte çok güzel anılar biriktirdiğim ve ayrı ayrı her birini tanımakla birlikte çalışmakla şanslı olduğumu hissettiğim arkadaşlarım Dr. Zehra BAŞAR KOCAGÖZ, Dr. Neslihan YAZAR, Dr. Merve ÇAVDAR, Dr. Furkan GÖKÇE, Dr. Nurdan KASAR, Dr. Enes SARIGEDİK ve Dr. Sümeyra Elif KAPLAN'a,

Çalışma ortamında her daim tamamlayıcı ve yardımcı olmasının yanı sıra, Düzce'nin bana kazandırdığı en değerli dostluklardan biri olan anabilim dalı sekreterimiz Burcu DURNA'ya; beş yıl süresince çoğu zaman ailemden daha fazla zamanı bir arada geçirdiğim, destekleri olmadan yarım kalacağımıza inandığım, psikiyatri servisinin tüm hemşire ve yardımcı sağlık personeline,

Destek ve güvenlerini her daim arkamda hissettiğim, hayallerime giderken yanımdan hiç ayrılmayan babam Yılmaz KÜÇÜKER, annem Pembe Nermin KÜÇÜKER ve kardeşim Tahsin KÜÇÜKER'e,

Lise sıralarından bu yana her alanda motivasyonumun en büyük kaynağı olan, sonsuza kadar varlığını en büyük armağan olarak kabul edeceğim en yakın arkadaşım, eşim İbrahim Burak ÖLMEZ'e,

Sonsuz teşekkürlerimle...

Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi Hastalarının Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin İncelenmesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Anksiyete Bozuklukları kategorisinde yer alan Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi hastalarında dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı (KZVD) özelliklerinin ve bu özellikler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ocak 2016 – Aralık 2016 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran poliklinik hastalarından DSM-5 tanı kriterleri'ne göre; Sosyal Fobi veya Agorafobi veya Özgül Fobi tanılarında yalnızca birini alan hastalar (n=108) ve herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan kontrol grubu (n=52) dahil edilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak; sosyo-demografik form, Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ADI-3) ve Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarında BDÖ-11 ortalama toplam puanları ve her üç fobi grubunda ADI-3 ortalama puanları sağlıklı kontrollerden yüksek bulunmuştur (sırasıyla; $p=0.002$ ve $p=0.001$). KZVDDE toplam işlev puanı Sosyal Fobi grubunda diğer gruplardan yüksektir ($p=0.025$). Ayrıca Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarında KZVDDE işlev puanları ile bilişsel anksiyete duyarlılığı arasında pozitif korelasyon vardır (sırasıyla; $r=0.784$, $p=0.037$ ve $r=0.617$, $p=0.014$).

Sonuç: Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarının dürtüsellik özellikleri Özgül Fobi ve kontrol gruplarından daha yüksektir. Farklı fobi türlerinde farklı anksiyete duyarlılığı ve KZVD özellikleri gözlenebilir. Ayrıca anksiyete duyarlılığının fobi hastalarının dürtüsellik ve KZVD'leri arasında düzenleyici bir rolü bulunabilir.

Anahtar sözcükler: sosyal fobi, agorafobi, özgül fobi, dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı, kendine zarar verme davranışı.

An Investigation of Impulsivity, Anxiety Sensitivity and Nonsuicidal Self-injury Behavior Characteristics in Patients with Social Phobia, Agoraphobia and Specific Phobia

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to investigate the relationships between impulsivity, anxiety sensitivity and nonsuicidal self-injury (NSSI) and their relations in patients with Social Phobia, Agoraphobia and Specific Phobia in the category of Anxiety Disorders.

Materials and Methods: The sample consisted of outpatients (n=108) who applied to the Department of Psychiatry of Duzce University School of Medicine during January 2016 to December 2016 in addition to healthy individuals (n=52) who had not received any psychiatric diagnosis serving as the control group. The outpatients with only one of Social Phobia, or Agoraphobia, or Specific Phobia were diagnosed based on DSM-5 criteria. Data were collected based on the socio-demographic form, the Barrat Impulsivity Scale (BIS-11), the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS), the Anxiety Sensitivity Index (ASI-3) and the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) were used.

Results: BIS-11 mean total scores in Social Phobia, Agoraphobia groups and ASI-3 mean scores in all three phobia groups were higher ($p=0.002$ and $p=0.001$, respectively). The total score of ISAS was higher in the Social Phobia group ($p=0.025$). There was also a positive correlation between ISAS function scores and cognitive anxiety sensitivity in Agoraphobia and Specific Phobia groups ($r=0.784$, $p=0.037$ and $r=0.617$, $p=0.014$, respectively).

Conclusions: Impulsivity characteristics in the Social Phobia and Agoraphobia groups are higher than those in the Specific Phobia and control groups. Different anxiety sensitivities and NSSI characteristics can be observed in different phobia types. In addition, anxiety sensitivity can play a regulatory role between impulsivity and NSSI of phobia patients.

Key words: social phobia, agoraphobia, specific phobia, impulsivity, anxiety sensitivity, self-injury behavior.

İÇİNDEKİLER

	Sayfalar
Önsöz.....	i
Özet	ii
İngilizce Özet (Abstract).....	iii
İçindekiler.....	iv-viii
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini.....	ix
Ekler Dizini.....	x
1. Giriş ve Amaç	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
1.3. Hedefler.....	2
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. Sosyal Fobi.....	3
2.1.1. Tanım ve tarihçe.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etiyoloji.....	4
2.1.3.1. Genetik faktörler.....	4
2.1.3.2. Koşullanma ve etholojik model.....	4
2.1.3.3. Davranışsal ketlenme modeli.....	5
2.1.3.4. Bilişsel model.....	5
2.1.3.5. Nörobiyoloji ve nörotransmitterler.....	6
2.1.3.6. Çevresel etmenler.....	6
2.1.4 Tanı, sınıflandırma ve klinik özellikler.....	7
2.1.4.1. Tanı ve sınıflandırma.....	7
2.1.4.2. DSM-5 tanı kriterleri.....	7
2.1.4.3. Klinik.....	9
2.1.5. Tedavi.....	9
2.1.5.1. Sosyal fobinin farmakoterapi ile tedavisi.....	10
2.1.5.2. Sosyal fobinin psikoterapi ile tedavisi.....	10
2.1.6. Gidiş ve sonlanım.....	11
2.1.7. Eş tanı.....	11

2.1.8. Ayırıcı tanı.....	11
2.2. Agorafobi	12
2.2.1. Tanım ve tarihçe.....	12
2.2.2. Epidemiyoloji.....	12
2.2.3. Etiyoloji.....	13
2.2.3.1. Öğrenme kuramları ve bilişsel etmenler.....	13
2.2.3.2. Psikoanalitik Etkenler.....	14
2.2.3.3. Genetik ve nörobiyolojik etmenler.....	14
2.2.3.4. Çevresel etmenler.....	14
2.2.4. Tanı ve klinik özellikler.....	15
2.2.4.1. Klinik.....	15
2.2.4.2. DSM- 5 tanı kriterleri.....	15
2.2.5. Tedavi.....	16
2.2.5.1. Farmakoterapi.....	16
2.2.5.2. Psikoterapi.....	17
2.2.6. Gidiş ve sonlanım.....	17
2.2.7. Eş tanı.....	17
2.2.8. Ayırıcı tanı.....	18
2.3. Özgül Fobi.....	18
2.3.1. Tanım ve tarihçe.....	18
2.3.2. Epidemiyoloji.....	19
2.3.3. Etiyoloji.....	19
2.3.3.1. Davranışsal ve bilişsel etmenler.....	19
2.3.3.2. Psikoanalitik Etkenler.....	20
2.3.3.3. Genetik etkenler.....	20
2.3.3.4. Çevresel etmenler.....	21
2.3.4. Klinik ve tanı.....	21
2.3.4.1. Klinik ve alt tipler.....	21
2.3.4.2. Tanı.....	22
2.3.4.3. DSM-5 tanı kriterleri	22
2.3.5. Tedavi.....	23
2.3.5.1. Psikoterapi.....	23
2.3.5.2. Farmakoterapi.....	24

2.3.6. Gidiş ve Sonlanım.....	24
2.3.7. Eş Tanı.....	25
2.3.8. Ayırıcı Tanı.....	25
2.4. Dürtüsellik.....	25
2.4.1. Tanım ve klinik belirtiler.....	25
2.4.2. Dürtüsellığe boyutsal yaklaşım.....	26
2.4.3. Dürtüsellığın nöroanatomisi ve nörobiyolojisi.....	26
2.4.4. Dürtüsellığın nörokimyası	27
2.4.5. Dürtüsellığın klinik görünümü.....	27
2.4.6. Dürtüsellığın Değerlendirilmesi	28
2.4.6.1. Öz bildirim ölçekleri.....	28
2.4.6.2. Davranışsal laboratuvar testleri.....	28
2.4.6.3. Olayla ilişkili potansiyeller.....	29
2.4.7. Dürtüsellik Tedavisi.....	29
2.4.7.1. Dürtüsellığın Farmakoterapisi.....	29
2.4.7.2. Dürtüsellığın psikoterapisi.....	29
2.5. Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi ve Dürtüsellik.....	30
2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı	32
2.6.1. Tanım ve tarihçe.....	32
2.6.2. Epidemiyoloji	32
2.6.3. Etiyoloji.....	33
2.6.3.1. İstismar.....	33
2.6.3.2. Biyolojik nedenler.....	33
2.6.3.2.1. 5-HT.....	33
2.6.3.2.2. Dopamin.....	34
2.6.3.2.3. Opiyatlar.....	34
2.6.3.3 Psikolojik kuramlar.....	34
2.6.3.3.1 Psikodinamik görüşler.....	34
2.6.3.3.2. Psikodinamik kuram dışı psikolojik kuramlar.....	35
2.6.4. Klinik ve sınıflandırma.....	35
2.6.4.1. Klinik	35
2.6.4.2. Sınıflandırma.....	35
2.6.5. Tedavi	36
2.6.6. Eş tanı	36

2.7.Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi ve Kendine Zarar Verme Davranışı.....	38
2.8. Anksiyete Duyarlılığı.....	39
2.8.1. Tanım.....	39
2.8.2. Etiyoloji	41
2.8.2.1. Bilişsel Süreçler.....	41
2.8.2.2. Genetik	41
2.8.3. Klinik.....	42
2.8.4. Anksiyete duyarlılığının ölçümü.....	42
2.9. Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobide Anksiyete Duyarlılığı.....	43
3. Gereç ve Yöntem	44
3.1. Katılımcılar.....	44
3.2. Kullanılan Ölçekler.....	45
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	47
4. Bulgular.....	48
4.1. Grupların Sosyo-demografik Özellikleri.....	48
4.2. Grupların Dürtüsellik Özellikleri.....	56
4.3. Grupların Anksiyete Duyarlılığı Özellikleri.....	59
4.4. Grupların Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri.....	63
4.5. Gruplarda Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin İlişkisi.....	68
4.5.1. Sosyal Fobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi.....	68
4.5.2. Agorafobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi.....	68
4.5.3. Özgül Fobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi.....	71
4.6. Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları.....	72
4.6.1. Sosyal Fobi Grubunda Sosyo-demografik Özelliklerin LSFBO Puanları ile İlişkisi.....	72
4.6.2. Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları ile Dürtüsellik İlişkisi.....	72
4.6.3. Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları ile Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi.....	77
4.6.4. Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları ile KZVD İlişkisi.....	78
5. Tartışma.....	80

5.1. Grupların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	80
5.2. Grupların Dürtüsellik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	82
5.3. Grupların Anksiyete Duyarlılığı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	90
5.4. Grupların Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	96
5.5. Gruplarda Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	101
5.6. Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları ile Sosyo-demografik Özellikleri Diğer Ölçek İlişkilerinin Karşılaştırılması.....	107
5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	110
6. Sonuç	111
7. Kaynaklar.....	112
8. Ekler.....	129

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11

BOS: Beyin omurilik sıvısı

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

GABA: Gama amino butirik asit

ICD: Dünya Sağlık Örgütünün Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması

KZVB: Kendine Zarar Verme Bozukluğu

KZVD: Kendine Zarar Verme Davranışı

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

LSFBÖ: Liebowitz Sosyal Belirtileri Ölçeği

MAOI: Monoaminoksidaz inhibitörleri

MSS: Merkezi sinir sistemi

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SSGİ: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

SNRİ: Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

5-HIAA: 5-hidroksiindol asetik asit

5-HT: 5-hidroksitriptamin

EKLER DİZİNİ

EK 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

EK 2. Sosyo-demografik Form

EK 3. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

EK 4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form

EK 5. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri(KZVDDE)

EK 6. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)

EK 7. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ)



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Bir tehdit ya da bir tehlike karşısında yaşanan endişe duygusu '*korku*' olarak tanımlanmaktadır. Korku organizmanın tehlikelerden korunmasını sağlayacak tedbirler almasını sağlayan normal bir duygudur. Tehdit oluşturan nesne ve durumlar karşısında duyulan korkunun, aşırı ya da patolojik düzeyde olması ise '*fobi*' olarak tanımlanmaktadır (1). Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın beşinci ve son versiyonunda (DSM-5) Anksiyete Bozuklukları kategorisi içerisinde yer alan ruhsal bozukluklardır (2). Fobiler; etiyolojik ve epidemiyolojik özellikleri, klinik bulguları ve diğer ruhsal bozukluklarla birliktelikleri bakımından benzer özellikler gösterirler (1,2).

Dürtüsellik, genellikle içinde bulunulan ortamla uyumsuz, yeterince planlanmamış, riskli sonuçlara yol açabilen, heyecan ve zevk arayışına yönelik olarak uygulanan davranış modellerini kapsar (3). Dürtüsellik; günlük yaşama renk katma ve akademik başarı gibi alanlarda olumlu role sahip bir kavramdır ancak aynı zamanda birçok psikiyatrik bozukluğun ana bileşeni ya da bozukluğa eşlik eden bir yan bileşen olarak da karşımıza çıkabilir (3,4). Dürtüsellik herhangi bir ruhsal bozukluğa eşlik etmesi durumunun hem tanı hem de tedavi sürecini güçleştirdiği bilinmektedir (4). Dürtüsellik ve anksiyete arasındaki ilişki genellikle zıt ilişki olarak düşünülse de yapılan bazı çalışmalar dürtüsellik anksiyete bileşeni ağır basan birçok hastalıkta da gözlenebildiğini ve ilaveten hastalığın seyrini ve tedavi sürecini etkileyebildiğini göstermiştir (4,5).

Kendine zarar verme davranışı (KZVD); bireyin kendisine yönelik doku bütünlüğünü bozan ancak intihar amacı taşımayan zarar verme eylemleri olup sıklıkla Kişilik Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları ve Psikotik Bozukluklar'la birlikte gözlenen bir durumdur (6). Son yıllarda yapılan çalışmalar KZVD'nin Anksiyete Bozuklukları ile birlikte eş tanıdan bağımsız olarak da görülebildiğine dikkat çekmiştir (7,8). Dürtüsellik ve KZVD ilişkisi

başta Duygu Durum Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte sıkça incelenmiş olup literatürde Anksiyete Bozuklukları'nda dürtüsellik ve KZVD ilişkisini inceleyen çalışma sayısı diğer ruhsal bozukluklara kıyasla oldukça azdır (7,8).

Anksiyete duyarlılığı; en basit tanımıyla bireyin anksiyete belirtilerinin kendisine ve sonuçlarına karşı duyduğu aşırı korku halidir (9). Anksiyete duyarlılığının Anksiyete Bozuklukları için bir öngörücü etmen olduğu yönündeki veriler giderek artmaktadır (9). Anksiyete duyarlılığının ayrıca mevcut anksiyete belirtilerinin sürmesinde ve şiddetinde de önemli bir rolü olduğu yönünde görüşler vardır (9,10). Anksiyete duyarlılığının bireysel bir faktör olarak başta Panik Bozukluk olmak üzere, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi ile ilişkisi literatürde çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuş olsa da benzer klinik özellikler gösteren ancak farklı fobik nesne ya da durumlarla ilişkili olarak ayrı birer bozukluk olarak tanımlanmış Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi'nin anksiyete duyarlılığı özelliklerini bir arada ve diğer Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrı olarak inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır (11-15).

1.2. Amaç

Bu çalışmada Anksiyete Bozuklukları kategorisinde yer alan Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi hastalarında dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve KZVD özelliklerinin ve bu özellikler arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. Hedefler

Çalışmanın planlama aşamasında dürtüsellik, KZVD ve anksiyete duyarlılığı özelliklerinin; fobi kliniği ile seyreden ruhsal bozukluk grupları arasında ve sağlıklı bireylerle karşılaştırılması yoluyla elde edilecek verilerle Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi hastalarının tanı ve tedavileri ile ilgili literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sosyal Fobi

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Sosyal Fobi, kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı, başkaları tarafından yargılanabileceği ile ilgili, belirgin olarak sürekli kaygı yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçınma davranışı geliştirdiği bir tür Anksiyete Bozukluğudur (1).

Sosyal Fobi; ilk kez 1966 yılında Marks ve Gelder tarafından tanımlanmasına karşın psikiyatrik bozukluklar sınıflanmasına dahil olması bundan yaklaşık 34 yıl sonra 1980’de DSM-III ile gerçekleşmiştir (16).

2.1.2. Epidemiyoloji

Temel kaynaklarda Sosyal Fobi’nin yaşam boyu yaygınlığının %3-13 arasında değiştiği bildirilmiştir (17). Sosyal Fobi’nin altı aylık yaygınlık oranı ise % 2-3’tür (17). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre Sosyal Fobi kadınlarda %2.3, erkeklerde ise %1.1 sıklıkta görülmektedir (18). Epidemiyolojik çalışmalar kadınların erkeklere göre daha sık etkilendiğini göstermektedir, ancak klinik örneklerde sıklıkla bu durumun tersi de doğrudur (17). Sosyal Fobi’nin en sık görülme başlangıç yaşı 10’lu yaşlardır, ancak seyrek de olsa 30’lu yaşlarda başlayan geç vakalara da rastlanılmaktadır (17).

2.1.3. Etiyoloji

Sosyal Fobi'nin gelişiminde; genetik yatkınlık, çevresel koşullar, mizaç ve kişilik özelliklerinin ve bireysel deneyimlerin karmaşık etkileşiminin rolü olduğu düşünülmektedir. Nörotransmitter ve hayvan çalışmaları, genetik çalışmalar ve birtakım görüntülüme çalışmaları bozukluğun nörobiyolojik temelini de ortaya koymada yardımcı olmuştur (18,19). Bunun yanı sıra Sosyal Fobi'nin gelişimi tarihsel olarak; koşullanma ve etholojik model, davranışsal ketlenme modeli ve bilişsel model ile de açıklanmaya çalışılmıştır (1).

2.1.3.1. Genetik faktörler

Sosyal Fobi'nin kalıtımsal temellerini inceleyen geniş örneklemlerle bir çalışmada Sosyal Fobi'nin kalıtımsal aktarımı %21 olarak saptanmıştır (19). Warren ve ark. yaptıkları boylamsal araştırmada ise 7 yaşındaki tek yumurta ikizlerinin sosyal kaygı ölçümlerinden elde ettikleri puanlar arasındaki korelasyonun çift yumurta ikizlerinininkinden daha yüksek olduğunu bulunmuştur (20). Araştırmacılar bu sonuçtan yola çıkarak, çocukların ailelerinden genetik olarak getirdikleri bazı özellikleri, uygun çevresel koşullarda *davranışsal ketlenme* gibi daha çok mizaca dayalı yönlerle ortaya koymakta olduklarını ileri sürmüştür (20).

2.1.3.2. Koşullanma ve etholojik model

1986 yılında Ohman tarafından tanımlanan sonrasında ise Mineka ve Zinbarg tarafından geliştirilen etholojik model; evrimsel olarak birisi tarafından dikkatle izlenildiği durumda bazı kişilerin uyarıldığı ve rahatsız olduğu kuramına dayanır. Mineka ve Zinbarg göz teması ve başkaları tarafından incelenmeye olan bu duyarlılığın, kalıtımsal olarak aktarılan bir ailesel özellik olabileceğine dikkat çekmiştir (1).

Davranışçı görüşe göre ise, Sosyal Fobi üç yolla gelişebilmektedir. Bunlar doğrudan koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi aktarımıdır. *Doğrudan koşullanma*; sosyal ortamlarda kişinin travmatik bir deneyim yaşaması sonucunda bireyin Sosyal Fobi geliştirebilmesine yol açabilmesine dayanır. *Gözlemsel öğrenme* de ise; kişinin sosyal ortamda olumsuz bir deneyim yaşayan başka bir kişiyi gözleyerek korkulu hale gelebilmesi söz konusudur. *Bilgi aktarımı* 'nda ise sözel ya da sözel olmayan yollarla, yani tutumlar aracılığı ile de sosyal ortamların tehlikeli olduğu bilgisinin kişiye aktarılması yoluyla sosyal korkuların kazanılmasının mümkün olabildiği savunulur (1,21).

2.1.3.3. Davranışsal ketlenme modeli

Kişiliğin kalıtımla geçen bir boyutu olarak ele alınan *davranışsal ketlenme*, Kagan ve ark. tarafından erken çocukluk döneminde tanınabilen, sabit, değişmeyen bir mizacı tanımlamak için kullanılmıştır (22). Davranışsal ketlenmesi olan çocuklar, alışılmadık durumlarda geri çekilme, ağlama ya da bağlanma nesnelere sıkı sıkıya tutunma gibi davranışlar sergilerler. Bu durum azalmış sosyal ilişki ve sosyal ilişkilerden rahatsızlık duyma ile sonuçlanabilir. Davranışsal ketlenme modelinin Sosyal Fobi'nin erken çocukluk dönemindeki formu olabileceği düşünülmektedir (1,22).

2.1.3.4. Bilişsel model

Bilişsel model, Sosyal Fobi'si olan bireylerin kendi performanslarını olumsuz yönde değerlendirdikleri ve çarpıtılmış bilişsel özellikleri olduğu görüşüne dayanır. Sosyal Fobi'de sıkça rastlanılan bilişsel özellikler; kendini değersiz görme, diğer insanların eleştirici olduğunu düşünme, beklenti anksiyetesi oluşturan olumsuz düşümler, başkaları tarafından gözlenme konusunda artmış bir duyarlılık ve korkuyu içermektedir. Bilişsel açıdan Sosyal Fobi hastalarında bulunan en temel özellik; kişinin çevresine olumlu izlenim bırakma isteğinin olması buna karşın bunu gerçekleştirebilme yeteneğine karşı da belirgin güvensizliğin hissedilmesidir. Sosyal Fobi'si olan bireyler olağan

kişilerarası geri bildirimleri sağlıklı bireylere göre daha olumsuz değerlendirirler ve kişiler arası etkileşimde olumsuz örnekleri daha fazla hatırlarlar (1,21).

2.1.3.5. Nörobiyoloji ve nörotransmitterler

Sosyal Fobi'nin nörobiyolojik yönünün araştırıldığı çalışmalar daha çok temel nörotransmitter sistemler üzerinde durmuş ve çalışmalarda sıklıkla serotonin ve dopaminin Sosyal Fobi ile olan ilişkisi incelenmiştir (18).

Amigdala ve hipokampus arasında prefrontal bölgeyi de etkileyen bir “*alarm sistemi*” olduğu bilinmektedir. Yapılan bazı beyin görüntüleme çalışmaları bireyin bu bölgede oluşan aktivasyona dayalı olarak sosyal olayları tehdit edici olarak algılama düzeyi değişebileceğini ileri sürmüştür (18,19). Ayrıca yine beyin görüntüleme çalışmalarında Sosyal Fobi'si olan bireylerde, sosyal kaygı yaratacak durumlarla karşılaştıklarında sağ dorsolateral prefrontal kortekste, sol inferior temporal kortekste, amigdala ve hipokampal bölgede kan akımının arttığı gözlenmiştir (19).

2.1.3.6. Çevresel etmenler

Sosyal Fobi'nin etiolojisini çevresel faktörlerden bağımsız olarak sadece kalıtsal faktörlerle ilişkili olarak açıklamak günümüzde halen güç görünmektedir. Sosyal Fobi'nin kökenini açıklayan halen en geçerli kuram diğer birçok fobi türünde olduğu gibi Sosyal Fobi'nin de bir veya daha fazla travmatik yaşantı sonucunda ortaya çıkabildiğidir.

Sosyal Fobi hastalarının geriye dönük incelenmesi sonucunda sağlıklı kontrollere oranla hem annelerini hem de babalarını daha reddedici ve duygusal sıcaklıktan yoksun olarak tanımlamaları Sosyal Fobi'de çevresel etmenlerin de rolü olabileceğini düşündürmüştür (23). Ebeveyninin yüksek beklentilerine uymayan davranışlarda bulunduğu zaman cezalandırılan, bu beklentilere uygun davranışlar gösterdiğinde ise ödüllendirilmeyen çocuklarda başarısızlık korkusu ilerleyen dönemlerde Sosyal Fobi gelişmesini kolaylaştıran bilişler elde etmesini kolaylaştırmaktadır (1,23).

2.1.4 Tanı, sınıflandırma ve klinik özellikler

2.1.4.1. Tanı ve sınıflandırma

Sosyal Fobi'nin psikiyatrik bir bozukluk olarak ilk sınıflandırılması DSM-III ile yapılmıştır (16). DSM-III-R de, Sosyal Fobi'nin performans (konuşma yapmak ya da toplantıda konuşmak) ve etkileşimsel durumları (yabancılarla konuşmak ya da partiye katılmak) kapsayan birçok durumdan korkan bireyler için *yaygın alt tipi* tanımlanmıştır. Bu alt tipe uymayanlara ise *'yaygın olmayan'* ya da *'sınırlı'* alt tip adı verilmiştir. DSM-IV tanı sisteminde Sosyal Fobi'de anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanarak bozukluğun ismi 'Sosyal Anksiyete Bozukluğu' olarak değiştirilmiş ve DSM-IV-R versiyonunda da bozukluk için benzer isimlendirilme kullanılmaya devam edilmiştir (24). DSM-5' in Türkçe çevirisinde ise bozukluğun ismi 'Toplumsal Kaygı Bozukluğu' olarak değiştirilmekle birlikte geleneksel 'Sosyal Fobi' isimlendirilmesinin de kullanılabileceği belirtilmiştir (25).

DSM-5, özellikle toplum içinde konuşmak veya bir şeyler yapmakla ilgili aşırı kaygısı olan kişilerde *'yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında'* olması şeklinde tanısal bir belirleyici içerir (2,25). Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (ICD-10) tanı ölçütleri de temel olarak DSM-5 tanı ölçütleriyle örtüşmekle birlikte, ICD-10 anksiyete, DSM-5 ise bilişsel belirtileri daha ön plana almaktadır (1,25,26).

2.1.4.2. DSM-5 tanı kriterleri

DSM-5'e göre Sosyal Fobi tanı kriterleri aşağıda verilmiştir:

A. Kişinin başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örneğin; karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örneğin; yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örneğin; bir konuşma yapma) vardır.

B. Kişi olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ve kaygıyla bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilecek duruma göre ve toplumsal– kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örneğin; parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk gibi) korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Varsa belirtiniz:

Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise (2,25).

2.1.4.3. Klinik

Toplum çalışmaları insanların yaklaşık üçte birinin toplumsal ortamlarda kendilerini diğer insanlardan daha kaygılı bulduklarını göstermiştir (17,27). Ayrıca, bu kaygı ergenlik gibi belirli bazı gelişim dönemlerinde ya da sosyal etkileşim için yeni taleplerin eşlik ettiği, evlilik veya iş değişiklikleri gibi yaşam geçişlerinden sonra artış gösterebilir. Böyle bir kaygının, ancak bireyi istenen etkinliklere katılmaktan alıkoyduğunda Sosyal Fobi haline dönüştüğü kabul edilmektedir (17).

Sosyal Fobi hastaları başkalarının yanında yemek yemekten, yazı yazmaktan, telefon konuşmaları yapmaktan, genel tuvaletleri kullanmaktan kaygı duyarlar ve kaçınırlar. Bu bireyler yaptıkları herhangi bir eylem sırasında elleri titreyeceği, yüzleri kızaracağı bu durumda da diğer kişilerin onları zayıf, beceriksiz, korkak olarak düşünecekleri korkusu yaşar. Bu korkularının sonucu olarak da başkalarıyla etkileşimde bulunacakları ya da bir eylemi başkalarının yanında yerine getirmeleri gereken durumlardan olabildiğince kaçınmaya çalışırlar (28).

Baskın olarak kaçınma eylemini içeren davranışsal belirtilerinin yanında Sosyal Fobi tanısı bulunan bireylerin bir takım fiziksel ve bilişsel belirtileri de klinik görünümde önem taşır. Korkulan durumla karşı karşıya kalındığında ortaya çıkan yoğun anksiyete sonucunda terleme, yüz kızarması, ağız kuruluğu ya da el titremesi gibi fiziksel bir takım belirtiler gözlenebilir (1). Ayrıca eleştirilmeye ve olumsuz biçimde değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlılık, sosyal ortamların tehlikeli olduğu ve sosyal ortamlarda herhangi bir biçimde her etkileşimde utanılabileceği gibi bilişsel bir takım hatalı öğretiler bulunması da bozukluğun temel bilişsel klinik belirtileri olarak tanımlanabilir (29).

2.1.5. Tedavi

Sosyal Fobi tedavisinde hem psikoterapi hem de farmakoterapi kullanılmaktadır. Tedavide en etkili yolun farmakoterapi ve psikoterapinin bir

arada kullanılması gerektiğini savunan görüşler olduğu gibi en etkili tedavi yönteminin psikoterapotik müdahaleler olduğunu savunanlar da vardır (17).

2.1.5.1. Sosyal fobinin farmakoterapi ile tedavisi

Sosyal Fobi tedavisinde kullanılan en etkili güncel ilaçlar arasında seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ), serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRİ), benzodiazepinler ve buspiron sıralanabilir. Tedavide ilk sıra ilaçlar kaygı giderici etkileri sebebiyle SSGİ'lerdir (17). Kliniği daha ciddi olan olgularda fenelzin gibi geri dönüşümsüz monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOİ) ve moklobemid gibi geri dönüşümlü MAOİ kullanılabilir (17).

Performans anksiyetesinin yönetiminde fobik uyarıya maruz kalmadan bir süre önce kullanılması gereken bir diğer etkili ilaç grubu sempatik aktivite sonucu ortaya çıkan belirtileri azaltan beta adrenerjik reseptör antagonistleridir. Bu grup ilaçlarda klinik pratikte en sık kullanılan iki bileşik, performanstan yaklaşık 1 saat önce alınan atenolol ya da propranololdür (17).

2.1.5.2. Sosyal fobinin psikoterapi ile tedavisi

Sosyal Fobi'nin psikoterapisi genellikle bilişsel yeniden yapılandırma, duyarsızlaştırma, seanslar sırasında uygulamalar ve ev ödevlerini içeren davranışçı ve bilişsel yöntemlerin bir arada uygulanmasına dayanır (17). Sosyal Fobi için geçerli kullanılan bilişsel terapötik yöntemlerin çoğu korku oluşturan durum ile sistematik yüzleşme ve davranışsal deneyim elde etmeyi bunların sonucunda da nihai hedef olarak hatalı bilişsel yapılanmayı değiştirebilmeyi amaçlar. Sosyal Fobi'de ana özellik olumsuz değerlendirilmeye karşı olan korkudur. Sosyal Fobi'si bulunan bir çok bireyin düzenli olarak korku duydukları sosyal durumlarla yüzleşmelerine karşın anksiyetelerinde azalma olmamasının nedeni bu yüzleşmenin hastanın olumsuz değerlendirme ile ilgili bilgi sahibi olmasına yeterli imkan sağlamamasıdır. Bilişsel terapide temel amaç bilişsel hataların mantıksal olarak açıklanmasını ve deneysel olarak yaşatılarak düzeltilmesidir. Yüzleştirme tedavisindeki temel amaç ise; korku veren uyarıya

alışmayı ve yine işlevsel olmayan yanlış, olumsuz inançların değiştirilmesini sağlamaktır. Sosyal Fobi'nin tedavisinde etkili diğer psikoterapi yöntemleri arasında sosyal etkinlik eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve gevşeme egzersizleri sayılabilir (1,30).

2.1.6. Gidiş ve sonlanım

Sosyal Fobi; tekrarlayıcı, sosyal ve mesleki alanda yeti yitimine yol açan, yaşam kalitesini azaltan, ekonomik giderlerde artışa sebebiyet verebilen uzun süreli bir hastalıktır (1). Klinik deneyimler Sosyal Fobi'nin belirli oranlarda işlev kaybı ile ilintili olduğunu göstermektedir. Sosyal fobiklerin %92'sinin mesleki işlevlerinde, %85'inin akademik performanslarında %70'inin ise sosyal ilişkilerinde bozukluk olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (31).

2.1.7. Eş tanı

Sosyal Fobi'nin en sık birlikte görüldüğü hastalıklar arasında başta Major Depresyon olmak üzere Duygu Durum Bozuklukları, Panik Bozukluk, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları ve Kişilik Bozuklukları sayılabilir. En sık birlikte görüldüğü Kişilik Bozukluğu alt grubu ise klinik görünümü ile de uyumlu olarak Çekingen Kişilik Bozukluğudur (1,27). Sosyal Fobi'de psikiyatrik eş tanı varlığı çoğu kez hastalarda kötü prognozun bir göstergesidir. Eş tanının olması, hastalığın şiddetini artırması, tedaviye yanıtının azalması ve KZVD veya intihar gibi ek klinik özellikleri artırması bakımından da önem taşır. (1,27).

2.1.8. Ayırıcı tanı

Sosyal Fobi'nin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gereken hastalıklar arasında Çekingen Kişilik Bozukluğu, Agorafobi, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Major Depresif Bozukluk ve Şizoid Kişilik Bozukluğu sayılabilir. Agorafobik bir hasta kaygı halini daha çok insanlardan uzak ve yalnız kaldığı durumlarda tariflerken Sosyal Fobi'si bulunanlar da

genellikle kaygı yalnız kalmakla azalır. Nefes alamama, baş dönmesi, çarpıntı gibi belirtilerle seyreden bir panik atağı hem Sosyal Fobi hem de Panik Bozukluk seyrinde gözlenebilir. Panik Bozukluk'ta istirahatle gelen panik ataklarının ve beklenti anksiyetesinin varlığı tipik iken Sosyal Fobi hastalarında istirahat panik atakları ve beklenti anksiyetesinin varlığı; ancak hastalığın ağır şiddette seyrettiği dönemlerde ve performans ya da kaygı yaratan toplumsal durumların düşünmesi sonrasında gerçekleşebilir (1,18).

2.2. Agorafobi

2.2.1. Tanım ve tarihçe

Agorafobi en yalın tanımıyla bireyin yardım almasının zor olabileceği durumlardan ve alanlardan kaçınması olarak tariflenebilir. Agorafobi terimi ilk kez 1871'de toplumsal yerlere tek başına gitmeye korkan hastaların durumlarını tanımlamak için kullanılmış olup Yunanca 'pazaryeri korkusu' anlamına gelen 'agora' ve 'phobos' kelimelerinden türetilmiştir (32).

Agorafobi, DSM-5'e kadar Panik Bozukluk'un içinde yer alan bir klinik örüntü olarak tariflenerek hastalığın 'agorafobili' ve 'agorafobisiz' olarak sınıflandırılmasına yol açarken; DSM-5'de Panik Bozukluk olmadan da Agorafobi gözlenebildiği düşüncesi kabul edilerek Agorafobi ayrı bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmıştır (2,25). Buna göre bir bireyde hem Panik Bozukluk hem Agorafobi bulunması durumu kişinin aynı anda iki tanıyı birden almasını gerektirmektedir.

2.2.2. Epidemiyoloji

Agorafobi'nin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %2-6 arasında seyrederek (17,33). Psikiyatri kliniklerinde yapılan Agorafobi çalışmalarına göre etkilenen hastaların yaklaşık %75'inde eşlik eden Panik Bozukluk saptanmış olup, toplum örneklemelerinde ise bu oran yaklaşık %50'lerde bulunmuştur (17,33). Bu

farklılık Agorafobi'li bireylerin daha çok tabloya Panik Bozukluk eşlik ettiği durumlarda yardım sağlamak için ruh sağlığı uzmanına başvurmalarıyla da ilişkili olabilir (1,33).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.1. Öğrenme kuramları ve bilişsel etmenler

Sosyal Fobi ve Özgül Fobi'lerde de olduğu gibi Agorafobi gelişimi konusunda da sıklıkla koşullanma ve öğrenmenin rolü üzerinde durulmuştur. Klasik koşullanma modeline göre özünde korkutucu olmayan bir uyarın, korkutucu bir uyarınla eşleştirildiğinde, korkutucu olmayan uyarın nötral özelliğini kaybederek, korkutucu bir biçime dönüşebilir. Ancak bu modele göre tekrarlanmayan koşullanmalar sonucunda fobik korkunun sönmesi beklenirken; fobilerde travma sonucu nötral özelliğini kaybetmiş uyarının zamanla travma tekrar etmese bile 'nötral' özelliğine geri dönemediği görülmektedir. Bu nedenle klasik koşullanma yoluyla öğrenme zamanla fobileri açıklamada yetersiz kalmıştır. Edimsel koşullanma modeline göre ise; bir davranışın oluşma sıklığını belirleyen en önemli etken, o davranışın oluşturduğu sonuçlardır. Bir davranış ödül (pekiştireç) alıyorsa tekrarlayacaktır. Fobilerin başlıca semptomu anksiyetedir. Belirli kaçınma davranışları kişiyi anksiyeteden koruduğundan bir tür dış pekiştireç gibi işlev görerek fobinin devamına neden olur (30-32). Bunun yanında diğer fobi hastalarında olduğu gibi Agorafobi'si olan bireylerin de; yalnız kaldıklarında ya da güven sağlamayan ortamlarda bulduklarında başına geleceklerle ilgili olasılıklar üzerine bir takım bilişsel çarpıtmaları mevcut olup kaçınma davranışlarının devamında bu bilişsel çarpıtmaların da etkili olduğu düşünülmektedir.

2.2.3.2. Psikoanalitik Etkenler

Psikoanalitik görüþ; kiþinin agorafobik kaçınmasının bilinçdışı dürtülerinin yol açtığı çatışmasını *yer değiştirme düzeneği* sonucunda açık alanlara aktarması sonucu ortaya çıkabileceğini savunur (27).

2.3.3.3. Genetik ve nörobiyolojik etmenler

Agorafobi'nin daha önce Panik Bozukluk ile birlikte incelenmiş olması nedeniyle bugün için Agorafobi'nin genetik ve nörobiyolojik temellerini inceleyen çalışmalar Panik Bozukluk ve genel fobi kavramı ile ilgili nörobiyolojik ve genetik araştırmalarla sınırlıdır (14,34,36). Bu araştırmaların yardımıyla, tüm fobi türlerinde olduğu gibi agorafobik bireylerin de kalıtsal bazı özellikler nedeniyle anksiyeteye ve korku koşullanmasına yatkın bir takım özellikler taşıdığı söylenebilir (14,30,34,36).

2.3.3.4. Çevresel etmenler

Agorafobi'de de diğer fobi türlerinde olduğu gibi travma ve öğrenmenin fobiyi başlatması sıklıkla gözlenebilen bir durumdur. Bireyin gerçekten dışarıda ve yalnızken yaşantıladığı olumsuz bir olay Agorafobi durumunun ortaya çıkmasına yol açabilir. Ayrıca; yardım alınamayacağı, düşüleceği ya da tuvalet ihtiyacının giderilemeyeceği gibi korkular, benzer bir tepkinin ebeveyn ya da başka bir bireyden gözlemlenmesi sonrasında model alarak öğrenme yoluyla da kazanılabilir (1).

2.2.4. Tanı ve klinik özellikler

2.2.4.1. Klinik

Agorafobi hastaları yardım almanın zor olabileceğini düşündükleri durum ve alanlardan kaçınırlar. Bu durum ya da alan, cadde ve sokaklardan, köprü ve tünellere, kapalı alışveriş merkezlerine, ibadethanelere kadar uzanabilen çeşitlilikte olabilir. Bireyin yardım alamayacağını düşündüğü durumlar ise, tek bir klinik tablo ile sınırlı olmayıp kalp krizi geçireceği ya da bayılıp düşeceği korkusundan tuvalet ihtiyacı duyabileceği ancak ulaşamayacağı korkusuna kadar uzanan farklı klinik tablolarda seyredebilir. Kişi yardım alamayacağını düşündüğü durumlara maruz kalacağı sıklıkla aile bireylerinden birinin kendine eşlik etmesini ister, kapalı bir alanda kalmak durumunda ise kapıya en yakın yerde kalmaya çalışır. Daha ciddi olgularda evden çıkmayı tamamen reddedenler olabildiğinden tüm fobi türleri içerisinde Agorafobi, kişinin günlük yaşamını en fazla kısıtlayan fobi türü olarak kabul görülür (17,27).

2.2.4.2. DSM- 5 tanı kriterleri

Agorafobi için DSM-5 tanı kriterleri aşağıda verilmiştir. DSM-5' de DSM-IV-R'den farklı olarak Agorafobi'nin tanımlanabilmesi için en az iki agorafobik durumunun bulunması gerektiğini belirtmiştir (2,24,25).

A. Aşağıdaki beş durumdan ikisi ya da daha çoğu ile ilgili olarak belirgin korku ya da kaygı duyma.

1. Toplu taşıma araçlarını kullanma
2. Açık yerlerde bulunma (otopark, köprü ya da pazaryeri vb)
3. Kapalı yerlerde bulunma (mağaza, tiyatro, sinema)
4. Sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma
5. Tek başına evin dışında olma

B. Kişi kaçınmanın güç olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştirilen ya da utanç veren (yaşlılarda düşme korkusu, altına kaçırma korkusu) diğer

belirtilerin olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için bu tür durumlardan korkar ya da kaçınır.

C. Agorafobi kaynağı durumlar neredeyse her zaman korku ya da kaygı doğurur.

D. Agorafobi kaynağı durumlardan etkin bir biçimde kaçınılır, bir eşlikçiye gereksinilir ya da yoğun korku ve kaygı ile bu durumu katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı agorafobi kaynağı durumların yarattığı gerçek tehlikeye göre toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.

H. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örneğin; inflamatuvar barsak hastalığı, parkinson hastalığı) korku, kaygı ya da kaçınma açıkça aşırı bir düzeydedir.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, başka bir sağlık durumunun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. Söz gelimi belirtileri Özgül Fobi durumsal türle sınırlı değildir; yalnızca toplumsal durumları kapsamaz ve yalnızca takıntılarla, dış görünümle ilgili algılanan kusurlarla, örseleyici olayları anımsatıcılarla ya da ayrılma korkusuyla ilişkili değildir.

Not: Agorafobi tanısı, Panik Bozukluk tanısı olup olmadığına bakılmaksızın konur. Kişinin klinik görünümü hem Panik Bozukluk hem de Agorafobi için tanı ölçütlerini karşılıyorsa, her iki tanı birlikte konmalıdır (2,25).

2.2.5. Tedavi

2.2.5.1. Farmakoterapi

SSGİ, benzodiazepinler ve trisiklik antidepresanlar Agorafobi'nin farmakoterapisinde kullanılan ilaçlar olup tedavide en sık tercih edilen ilaçlar tüm fobik hastalıklarda olduğu gibi SSGİ'lerdir. SSGİ'lerin pek çok kaygı

bozukluğunda olduğu gibi Agorafobi'de de yinelemeyi azalttığı ya da engellediği gösterilmiştir (17). Bunun yanında benzodiazepinler hastanın fobik uyarılarla yani kaçındığı durumlarla karşılaşması öncesinde kullanılarak hastanın anksiyete belirtilerinin azaltılmasına aracılık edebilir (17,27).

2.2.5.2. Psikoterapi

Agorafobi'nin psikoterapisinde kullanılan başlıca yöntemler bilişsel davranışçı uygulamalar ve destekleyici psikoterapi uygulamalarıdır. Agorafobi'de bilişsel davranışçı terapinin temel amacı hastanın kaçındığı ya da anksiyete belirtilerini tetikleyen durum ve alanlara ilişkin hatalı varsayım ve bilişlerinin değiştirilmesidir. Agorafobi'nin psikoterapi aracılı tedavisinde son dönemde yaygınlaşan ve hastaların kendilerini açık ya da kalabalık alanlarda yer alan temsilciler gibi görmelerine olanak sağlayarak ters koşullanma mekanizmasıyla anksiyetelerini azaltmayı hedefleyen bir diğer terapi yöntemi de sanal terapi (17,30).

2.2.6. Gidiş ve sonlanım

Panik Bozukluk ile birlikte seyreden Agorafobi olgularında çoğunlukla Panik Bozukluk'un tedavisi Agorafobi'nin de belirtilerinin azalmasına yol açar. Panik Bozukluk öyküsü olmadan gelişen yalın Agorafobi olgularında ise hastalık genellikle daha kronik seyirlidir. Eşlik eden Depresyon ya da Alkol veya Madde Kullanım Bozukluğu öyküsü olması hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkiler (17,27,30-32).

2.2.7. Eş tanı

Klinik pratikte daha çok Panik Bozukluk ile birlikte seyretmesinin yanı sıra ileri derecede agorafobik olgularda günlük yaşamın kısıtlanması ve yakınlarının durumdan şikayetçi olması sonrasında genellikle Major Depresyon tabloya eşlik

edebilir. Tüm Anksiyete Bozuklukları'nda olduğu gibi anksiyete belirtilerinin tedavisini hastanın alkol kullanımı yoluyla kendisinin sağlamaya çalışması ve bu durumun Alkol Kullanım Bozukluğu boyutuna ulaşması da nadir değildir (27).

2.2.8. Ayırıcı tanı

Agorafobi'nin ayırıcı tanısı kaygı ve depresyon belirtileri ile seyreden tüm ruhsal bozuklukları kapsayabilir. Çekingen ve Bağımlı Kişilik Bozuklukları ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken ikinci eksen bozukluklardandır (17,27). Yalın Agorafobi'si olan bireylerde Panik Bozukluk'da rastlanılan istirahat panik atakları görülmemekle birlikte kaçınılan durumlara maruz kalma sonucunda panik atak belirtileri gözlenebilmektedir.

2.3. Özgül Fobi

2.3.1. Tanım ve tarihçe

'Özgül Fobi' terimi bir nesne ya da duruma karşı güçlü ve inatçı korkuyu tanımlar (13). Başka bir deyişle Özgül Fobi; Sosyal Fobi ve Agorafobi için tanımlananlar dışında kalan nesne ya da durumlardan, kişi tarafından mantıksız olduğu bilinmesine karşın aşırı ve sürekli korku duyma hali olarak da tanımlanabilir (1).

Seligman evrimsel olarak insan türü için zararlı olmuş bazı durum ve organizmalar için bütün insanların bir çeşit öğrenme süreciyle korkuya hazırlıklı olduğunu savunur. Fare, yılan vb. hayvan fobilerinin bu evrimsel hazırlıklı ilişkili olduğu düşünülebilir (36).

Yazılı kaynaklarda ilk olarak tanımlanan fobi örneği Hipokrat'a kadar dayanmakta olup, Hipokrat köprüler üzerinde beklenenden daha yoğun ve gerçekdışı korku sergileyen bir adamı anlatmıştır. 17. ve 18. yüzyılda fobi örnekleri veren diğer yazarlar arasında Descartes ve Sauvages de yer alır (16).

DSM-II'de tüm fobik bozukluklar “fobik nörozlar” başlığı altında toplanmışken; DSM-III'de ise Agorafobi (panik ataklı veya panik ataksız), Sosyal Fobi ve Basit (Özgül) Fobi gibi alt gruplar tanımlanmıştır (16,37).

2.3.2. Epidemiyoloji

Özgül Fobi'nin yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %13.0'dur (1,33). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında yetişkinler arasında Özgül Fobi yaygınlığı %2.7 olarak bulunmuştur (27,38). Özgül Fobi'lerin cinsiyete göre değerlendirmesinde bozukluğun kadınlarda (%14-16) erkeklerden (%5-7) yaklaşık 2 kat daha sıklıkta görüldüğü bilinmektedir (1). Cinsiyetler arasında görülen bu farklılık; erkeklerin riskli davranışlarda daha çok sorumluluk alması ya da kültürel olarak da kadınlardan daha sıklıkla korku davranışının, erkeklerden ise cesaret ve korkusuzluğun beklenmesi ile ilişkili olabilir. Çoğu Özgül Fobi'nin başlangıç yaşı 16 yaş civarında olup toplumda en sık görülen yaş aralığı ise 25-54 yaşlar arasındadır (1,27).

2.3.3. Etiyoloji

2.3.3.1. Davranışsal ve bilişsel etmenler

1920 yılında John B. Watson fare ve tavşanlardan korkan küçük bir bebek olan küçük Albert ile ilgili deneyimlerini paylaştığı makalesinde koşullanmanın fobi düzeneğindeki önemine dikkat çekmiştir (28,30). Watson'un makalesinde açıklamaya çalıştığı varsayım koşullu öğrenme modelindeki uyarın-tepki modeline dayanmaktadır. Buna göre aslında nötr olan bir uyarın, korkutucu (koşullu) bir uyarınla eşleştirildiğinde belirli bir süre sonra nötr olan uyarın da tek başına kaygı ve korku davranışının ortaya çıkmasına sebep olabilmekte ve nötr uyarın da korkutucu (koşullu) bir uyarına dönüşebilmektedir (17,28).

Özgül Fobi'si olan bireylerin, fobik nesne ya da durumla ilgili olayları ve belirteçleri anksiyetelerini artıracak biçimde yorumlama eğilimleri nesne ya da

durumla ilgili bir takım bilişsel hatalarından ileri gelebilmektedir. Örneğin; kapalı yerde kalma fobisi olan bireyler kapalı kaldıklarında solunum havasının tamamen tükeneceği ve nefes alamayacakları bilişine sahip olabilir (17,30-32).

2.3.3.2. Psikoanalitik Etkenler

Sigmund Freud bilinçdışı dürtülerin bilinç düzeyinde ifade edilmesine olanak sağlamayı kaygının en önemli işlevlerinden biri olarak görür. Freud, cinsel dürtülerin erişkin yaşamda güçlü ensest bir görünüme dönüşerek ayrıca kastrasyon anksiyetesinin de bu duruma eşlik ederek devam edebildiğini egonun bu dürtüleri çoğu kez '*bastırma*' savunma düzeneği yardımıyla kontrol ettiğini ancak bastırma tam olarak başarılı olamadığında yardımcı bir takım savunma düzeneklerine ihtiyaç duyulduğunu savunmuştur. Bu yardımcı savunma düzeneğinin '*yer değiştirme*' düzeneği olduğu zaman klinik görünüm 'fobi' şeklinde olmaktadır (17,27). Fobik nesne ya da durumla birincil çatışma kaynağı arasında doğrudan ilişki bağı olabilir ve nesne bu çatışma kaynağını simgeleyebilir (*sembolizasyon* savunma düzeneği) (27). Freud fobi oluşumunun kuramsal formülasyonunu ise ilk kez atlardan korkan Küçük Hans olgusu üzerinde oluşturmuştur (27,39).

2.3.3.3. Genetik etkenler

Fobi alanında yapılan aile ve genetik çalışmalarının sonucunda fobi gözlenen bireylerin '*davranışsal inhibisyon*' olarak isimlendiren özgül bir mizaç özelliğini doğuştan taşıyabildiği ileri sürülmüştür. Ebeveyn ölümü ya da ebeveynlerden ayrılık, aile içi şiddet çocukta var olan bu yatkınlığın fobi düzeyine ulaşmasında aracılık edebilmektedir (17). Fobiler içerisinde genetik olarak aktarılma olasılığı en yüksek Özgül Fobi alt tipi Kan, Enjeksiyon ve Yaralanma Fobisi'dir (17,31).

2.3.3.4. Çevresel etmenler

Çoğu fobi aslında nötr bir uyarının travma, panik ya da korku oluşturan herhangi bir sebeple eşleştirilmesi sonucunda ortaya çıkabilir. Fobik nesne ile korku arasındaki bağ kişinin benzer bir tepkiyi ebeveyn ya da başka bir bireyden model alma yoluyla öğrenmesi sonucunda da oluşturulabilir. Yılan ya da fare fobilerini de içeren hayvan fobilerinin büyük kısmının bu yolla oluştuğu düşünülmektedir (17).

2.3.4. Klinik ve tanı

2.3.4.1. Klinik ve alt tipler

Özgül Fobi hastaları fobik nesne ya da durum karşısında; zarar göreceklere beklentisi ile gelişen çarpıntı ve endişe halinden panik atağa kadar uzanabilen anksiyete belirtileri sergilerler. Kan, Enjeksiyon ve Yaralanma Fobisi'nde taşikardi ile başlayan sistemik cevabı hipotansiyon ve bradikardi izler ve çoğu zaman bu hastalar oluşan vazovagal uyarımla senkop geçirebilirler.

Özgül Fobi hastaları genellikle fobik uyarandan kaçınma davranışı geliştirerek yaşamlarına devam etme eğiliminde olsalar da fobik uyarımla herhangi bir şekilde maruz kalmaları sonucunda yaşadıkları korku ve anksiyete gündelik işlevselliklerinde azalmaya sebep olabilir. Olguların bir kısmı fobileri nedeniyle iş gitmekten kaçındıklarını ya da önemli sosyal etkinliklerini ertelediklerini tarif ederler (1,27).

Özgül Fobi'ler tedaviye iyi cevap veren ruhsal bozukluklardan olmasına rağmen hastalarının tedaviye başvuru oranları oldukça düşük düzeydedir. Bu oran klinik belirtilerin sadece özgül ya da belirli durumlarda açığa çıkıyor olması ve hastaların bu durum ya da nesnelere kaçınarak belirtilerin açığa çıkmasını engelleyebilmesi ile ilişkili görünmektedir. Tedaviye başvuran Özgül Fobi hastaları genellikle eşlik eden ikinci bir psikiyatrik bozukluk ya da çoklu ve uyarımla sık maruz kalınan fobi durumları tarif ederler (1).

DSM-5 Hayvan tipi, Doğal Çevre tipi (örneğin; fırtına), Kan, Enjeksiyon ve Yaralanma tipi (örneğin; iğneler), Durumsal tip (örneğin; arabalar, asansörler, yükseklik ya da uçaklar) ve diğer tip olmak üzere beş alt özgül fobi türü tanımlamıştır (2,27). Fobiler genellikle Yunanca ya da Latince öneklere özgül korkularına göre geleneksel olarak da sınıflandırılır. Bu isimlendirmelere örnek olarak; pirofobi (yangın korkusu), akrofobi (yükseklik korkusu), ailurofobi (kedi korkusu) gibi isimlendirmeler verilebilir (1,27).

2.3.4.2. Tanı

Özgül Fobi'ler DSM-5'de Anksiyete Bozuklukları kategorisinde değerlendirilirler. Tanı kriterlerinde de anlaşılacağı üzere tanı da anahtar özellik korku belirtilerinin sadece özgül uyaran varlığında ortaya çıkmasıdır (2,17,25).

2.3.4.3. DSM-5 tanı kriterleri

Özgül Fobi tanısı için gerekli DSM-5 tanı kriterleri aşağıda verilmiştir.

A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örneğin; uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme vb).

B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir kaygı ya da korkuyla bu duruma katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal- kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun süre sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur.

G. Bu bozukluk panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (Agorafobi’de olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesnelere ya da durumlar gibi, örseleyici olayların anımsatıcıları gibi, evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi ya da toplumsal durumlar gibi başka bir ruhsal bozukluğu belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Fobi kaynağı uyarana göre kodlanır:

1. Hayvan (böcek, köpek vb)
 2. Doğal çevre (yükseklik, fırtına vb)
 3. Kan, iğne, yaralanma
 4. Durumsal (uçaklar, asansörler vb)
 5. Diğer (kusmaya yol açabilen durumlar, yüksek sesler, özel giysiler)
- (2,25).

2.3.5. Tedavi

2.3.5.1. Psikoterapi

Fobilerde en çok çalışılmış ve güncel olarak en etkin tedavi yöntemi davranış terapisi olarak kabul edilir (17,30). Geleneksel olarak en sık bilinen davranışçı terapi yöntemi Joseph Wolpe’un öncülük ettiği ‘*sistemik duyarısızlaştırma*’ tekniğidir. Bu yöntemde hastanın önceden terapist ile birlikte belirlediği kaygı başlatıcı uyaranlar listesindeki uyaranlara, en az korkutucu olandan en fazla olana doğru karşı karşıya bırakılması esastır. Terapi esnasında kaygı giderici bazı ilaçlar, gevşeme egzersizleri kullanılarak fobik uyaranla baş etme mekanizmalarının öğretilmeye çalışılması hedeflenir (30).

Günümüzde ise Özgül Fobi tedavisinde kullanılan en sık yöntem *maruz bırakma (exposure)* tedavisidir. Bu yöntem hastaları kendisi tarafından başlatılan fobik uyarana kontrollü olarak maruz bırakarak, gevşeme solunum kontrolü ya da bilişsel yeniden yapılanma sağlanması yoluyla uyarana karşı duyarısızlık

sağlamayı hedefler. Bilişsel yeniden yapılanmada temel amaç fobik durum ya da nesnenin gerçekte daha az korkutucu ya da daha fazla güvenli olduğunun öğrenilmesinin sağlanmasıdır (17,30). Kan, Enjeksiyon ve Yaralanma tipi fobilerde kasların istemli olarak gerilmesinin öğrenilmesi yoluyla hipotansif atakların önlenmesi sağlanabilir (1,30).

Özgül Fobi tedavisinde kullanılan diğer bir psikoterapi türü '*İç Görü Yönelimli Psikoterapi*' olup bu terapi türünde asıl amaç; hastaların fobilerinin kaynağını ve fobi ile elde edilen ikincil kazançlarını tanımlarını ve kaygı verici uyararla sağlıklı başa çıkma yollarını öğrenmelerini sağlamaktır (17,27).

Fobi tedavisinde kullanılan daha yeni psikoterapi yöntemlerinden biri de bilgisayar ortamlarında simülasyon yoluyla fobik uyarana maruz kalınmasını sağlayan *sanal terapi*dir. Hasta bilgisayar ekranında fobik nesne ya da durumla kontrollü olarak maruz bırakılırken fobik uyararla ilgili olumsuz bilişleri değiştirilmeye kaygı belirtileri ile baş etme mekanizmaları güçlendirilmeye çalışılır (17).

2.3.5.2. Farmakoterapi

Özgül Fobi tedavisinde farmakoterapinin yeri gevşemenin sağlanmasında veya panik atakların eşlik ettiği durumlarda anlam kazanır. Beta adrenerjik antagonistler ve benzodiazepinler tedavide en sık kullanılan farmakoterapötik gruplardır (1,17).

2.3.6. Gidiş ve Sonlanım

Özgül Fobi, uyararla maruz kalınmadığında sönebilir ve belirtileri remisyonunda seyreden ancak uyarana maruziyetinde alevlenmeler gözlenebilen kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur (17). Özgül Fobi'de tedavisiz kendiliğinden iyileşme oranlarının %20 kadar olduğu tahmin edilmektedir (1).

2.3.7. Eş Tanı

Özgül Fobi sebebiyle psikiyatrik destek talebi bulunanların yaklaşık üçte birinde ek bir psikiyatrik bozukluk tabloya eşlik etmekte olup en sık eşlik eden bozukluklar diğer Anksiyete Bozuklukları ve işlevsellikte azalmanın sonucu olarak ortaya çıkmış Major Depresyondur (1,27).

2.3.8. Ayırıcı Tanı

Özgül Fobi ayırıcı tanısında ilk adım fobinin normal korkudan ayrımının yapılmasıdır. DSM-5'e göre fobi tanısının konulabilmesi için korkunun aşırı, anlamsız, belirgin, sürekli ve işlevselliği bozucu olması gibi özellikler taşıması gerekir (2,25). Özgül Fobi ayırıcı tanısında yer alan hastalık grupları arasında Panik Bozukluk, Agorafobi ve Sosyal Fobi, Çekingen Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Hipokondriyazis, Sanrılı Bozukluk ve Madde ve Alkol Kullanım Bozuklukları yer alır (1,17). Tüm bu ruhsal hastalık gruplarından ayırıcı tanıda en önemli nokta Özgül Fobi'lerin kaygı belirtilerinin ve fobik kaçınmalarının özgül bir uyarana ya da durumla sınırlanmış olması kabul edilebilir.

2.4. Dürtüsellik

2.4.1. Tanım ve klinik belirtiler

Dürtüsellik, iç ve dış uyaranlara karşı, olası riskli sonuçları hesaplamadan, hızlı ve plansız olarak ortaya koyulan davranış örüntüleridir (40). Kişilik üzerine çalışmaları bulunan Eyesenck dürtüsellik; risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihni toparlamakta güçlük çekme olarak tanımlamıştır (41). Patton ve ark. bu tanımlamayı biraz daha geliştirerek dürtüsellik; hazırlıksız ani hareket (motor aktivasyon), elindeki işe odaklanmadan (dikkat) ve plan yapmadan (plan eksikliği) ile seyreden üç boyutu olan bir davranış kalıbı olarak açıklamışlardır (42). Dürtüsellik; davranışsal anlamda büyük ancak geç ödüllere yerine küçük

ancak erken ödüllerin tercih edilmesi olarak esasen bir yatkınlığı temsil eder yani; tek bir davranıştan ziyade bir davranış örüntüsüdür (40).

2.4.2. Dürtüselliğe boyutsal yaklaşım

Dürtüsellik tanımını daha iyi açıklayabilecek başka bir yaklaşım dürtüsellik ve kompulsivite spektrumuna boyutsal yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre spektrumun bir ucunda tehlikeden tamamen kaçınan ve çevreyi tehdit ve tehlike dolu bir yer olarak algılayan bunlardan doğan kaygısını azaltmak için de bir takım törensel davranışlar sergileyen kompulsif bireyler yer alırken; spektrumun diğer ucunda olası tehlike ve riskleri küçümseyen ve plansız davranışlar sergileyen dürtüsel bireyler yer alır (43). Bu anlamda planlanmadan eyleme geçirilmiş olması dürtüselliği, planlanarak ortaya koyulan kompulsif davranışlardan ayırır (44).

2.4.3. Dürtüselliğin nöroanatomi ve nörobiyolojisi

Beyinde davranışı yönlendirmeden sorumlu en önemli merkezlerin başında prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks yer alır. Bu nedenle frontal lob hasarı gelişmiş ya da frontal lobun hacminin azalması ile seyreden bozukluklarda dürtüselliğe sıkça rastlanılır (45). Orbitofrontal korteks davranışın amaca yönelik olarak organize edilmesinin; yani duygu, düşünce ve motor yanıtların eş zamanlı olarak işlev göstermesinin denetlenmesinden sorumlu tutulmaktadır (46). Orbitofrontal korteksin bir diğer işlevinin de içsel ve dışsal uyaranların ödül getirici ya da cezalandırıcı olduğunun algılanması ve öğrenilmesi olduğu düşünülmektedir (45,46).

Dürtüsellikte önemli rolü olduğuna dair çalışmalar bulunan bir diğer beyin bölgesi de nükleus akkumbensdir. İnsan davranışını inceleyen nörofizyolojik çalışmalarda, nükleus akkumbensin davranışın duygusal uyaranlarının değerlendirilmesini sağlayan limbik bölgenin anahtar bölümlerinden biri olduğu gösterilmiştir (47,48).

2.4.4. Dürtüselliknin nörokimyası

Dürtüsellikte rol alan başlıca nörotransmitterler; serotonin (5-hidroksitriptamin, 5-HT), dopamin, noradrenalin, glutamat ve gama amino butirik asittir (GABA) (41). Dürtü kontrolünde 5-HT'nin etkili olduğu uzun yıllardır bilinmekte olup; 5-HT'nin davranışın kontrolü üzerindeki etkinliği yapılan bazı hayvan çalışmaları sonucunda daha da netlik kazanmıştır (3,49,50). Örneğin; Mehlman ve ark. çalışmalarında merkezi sinir sisteminde (MSS) 5-HT'nin metaboliti olan 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) seviyelerinin düşük olmasının maymunlarda risk alma davranışını artırdığını göstermişlerdir (51). Ayrıca dürtüsellikle ilişkili tutulan intihar eğilimli kişilerde beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-HIAA düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (50,52).

Dopaminerjik sistemin dürtüsellikle ilişkisi dopaminin daha çok ödül ve motivasyon modülasyonundaki görevinden kaynaklanıyor gözükmektedir (53). Dürtüsel davranışta dopaminin etkinliğinin anlaşılmasında bir diğer önemli nokta Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) tedavisinde kullanılan ve dopaminerjik aşırımı artıran metilfenidat gibi ilaçların hastaların dürtüselliklerinde azalma sağlanması olmuştur. Bunun yanında dürtüsel karar alma ve uygulama süreçlerinde orbitofrontal korteksteki dopamin dizgesinin de önemli olduğuna çeşitli çalışmalarda dikkat çekilmiştir (45,53,54).

Noradrenalin iletiminin dürtüsel seçimin baskılanmasında rolü olduğu noradrenalin salınımını engelleyen bazı ilaçların dürtüsel seçimleri artırdığını gözlenmesi sonucunda ortaya çıkarılmıştır (55). Ayrıca BOS'da azalmış GABA düzeylerinin de dürtüsel davranışları artırabileceği ile ilgili çalışmalar literatürde yer almaktadır (40,56).

2.4.5. Dürtüselliknin klinik görünümü

Dürtüsellik DSM-5'e göre kendisi bir hastalık olarak tanımlanmamış olsa da, birçok psikiyatrik bozukluğun bir komponenti olarak karşımıza çıkar (2,25). Başta B kümesi Kişilik Bozuklukları olmak üzere, Madde ve Alkol Kullanım Bozuklukları, Dürtü Kontrol Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları ve

DEHB, tanı kriterleri arasında dürtüselliğin yer aldığı başlıca psikiyatrik bozukluklardır (2,25,40).

Manideki motor aktivasyon artışı, dikkat ve planlamada eksikliklerle giden bazı Kişilik Bozukluğu davranış örüntüleri ve birçok hastalığın kendine zarar verme ve intihar eğilimini oluşturan ani kararlara ve riskli eylemlere yönelimi; psikiyatrik bozukluklarda dürtüselliğin klinik görünümüne örnek olarak verilebilir (40).

2.4.6. Dürtüselliğin Değerlendirilmesi

Dürtüselliğin insan davranışı üzerindeki etkisinin araştırılması için çok sayıda ölçüm aracı kullanılmıştır. Hayvan çalışmalarında dürtüselliğin ölçümü için ödül gecikmesi, düşük yanıt oranını farklı şekillerde pekiştirme ve otomatik şekillendirme gibi prosedürler kullanılmıştır (51). İnsanlarda dürtüselliğin ölçümünde ise başlıca üç çeşit yöntem kullanılır. Bunlar öz bildirim ölçekleri, davranışsal laboratuvar ölçümleri ve olayla ilişkili potansiyellerin ölçümüdür (51).

2.4.6.1. Öz bildirim ölçekleri

Dürtüselliğin öz bildirime dayalı ölçümü için en sık kullanılan ölçekler; Barrat Dürtüsellik Ölçeği ve Eyesenck Dürtüsellik Ölçeğidir. Dünya da yaygın olarak kullanılan Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) ölçeğin en son geçerli versiyonu olup hem motor hem de kognitif dürtüselliği içeren üç faktörlü modeli kullanır (41,42).

2.3.6.2. Davranışsal laboratuvar testleri

Temel olarak laboratuvar hayvanlarında uygulanması daha çok tercih edilen ancak insan davranışının sosyal yönünü ölçmede daha yetersiz kalan testlerdir (58). Davranışsal laboratuvar testlerinde dürtüsellik; cezalandırılmış ve

pekiştirilmemiş yanıtın tekrarları, küçük ve hızlı ödüllerin büyük ama geç ödüllere tercih edilmesi ya da hızlı karar verme paradigmaları aracılığıyla ölçülmeye çalışılır (58).

2.3.6.3. Olayla ilişkili potansiyeller

Elektriksel beyin aktivitesi ölçümü yoluyla dürtüselliğin değerlendirilmesini esas alır. (40,57). Bu ölçüm türünün de davranışın sosyal boyutunu kapsamaması dürtüselliğin ölçümünde etkili bir ölçüm aracı olmasını kısıtlamaktadır (58).

2.4.7. Dürtüsellik Tedavisi

2.4.7.1. Dürtüselliğin Farmakoterapisi

Dürtüsel davranışın tedavisinde iki ana nokta üzerinde önem taşımaktadır. Bunlardan ilki; dürtüselliğin bir parçası olduğu düşünülen hastalığın tedavisidir. Örneğin dürtüsel davranış yalnızca Bipolar Duygu Durum Bozukluğu olan bir hastanın mani atağı sırasında gözlemleniyorsa tedavide ilk hedef mani atağının engellenmesi ve hastalığın remisyonun sağlanmasıdır.

Tedavide önemli olan ikinci nokta ise yalnız olarak dürtüselliği tedavi etmektir (40). Dürtüsellikte etkinliği kanıtlanmış temel farmakolojik tedavi seçenekleri lityum, karbamazepin, sodyum valproat, klozapin, olanzapin, beta adrenerjik agonistler, SSGİ'ler, metilfenidat ve omega-3 serbest yağ asitleridir (40,53,54). Serotonerjik aşırımı artıran ilaçlardan özellikle de 5HT_{1A} reseptörü üzerinden etki yapanlarının dürtüsellik tedavisinde etkili olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (53,54).

2.4.7.2. Dürtüselliğin psikoterapisi

Dürtüselliğin psikoterapisinde halen önemini koruyan en etkin psikoterapi yöntemlerinden biri bilişsel davranışçı psikoterapiler olup, terapinin dürtüsellik

tedavisindeki temel amacı sorun oluşturan davranışların altında yatan düşünce sistemlerinin düzenlenmesidir (40). Linehan ve ark. tarafından geliştirilen ve bilişsel davranışçı psikoterapi yöntemlerinden biri olan diyalektik davranış terapisi; stres toleransı, duyguları düzenleme yöntemleri ve genel sorun çözme becerilerine yoğunlaşan Borderline Kişilik Bozukluğu ile ilişkili dürtüselliğin tedavisinde kullanılan bir terapi türüdür (59,60).

2.5. Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi ve Dürtüsellik

Dürtüselliğin davranış, dikkat ve düşünce üzerindeki etkilerinin anlaşılması ile birçok psikiyatrik bozuklukla ilişkisi çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (5,14,61-69). Dürtüsellikle Anksiyete Bozuklukları'nın ilişkisi diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha sonraları dikkat çekmiş olup Panik Bozukluk, YAB gibi Anksiyete Bozukluğu kategorisinde değerlendirilen bazı ruhsal bozuklukların dürtüsellikle ilişkisi göreceli olarak daha fazla ilgi çekmişken fobi kliniği ile seyreden Anksiyete Bozuklukları'nın dürtüsellikle ilişkisi henüz oldukça nadir olarak incelenmiştir (5,14,66-72). Del Carlo ve ark. dürtüselliğin Anksiyete Bozuklukları'yla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; Panik Bozukluk, YAB veya Sosyal Fobi'si olan bireylerin BDÖ-11 skorlarının tüm parametrelerinin sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu bulmuşlardır (5). Perugi ve ark. 45 anksiyete bozukluğu hastası ile 45 sağlıklı kontrolü hipomani ve depresyon ölçekleri, BDÖ-11 skorlarını karşılaştırdıkları benzer bir çalışmada ise Anksiyete Bozukluğu hastalarından Siklotimi özellikleri gösterenlerinin tüm dürtüsellik testlerinden en yüksek skorları aldıklarını ancak Siklotimi özellikleri göstermeyen Anksiyete Bozukluğu hastalarının da sağlıklı kontrollerden daha yüksek dürtüsellik skorlarına sahip olduğu, sonuç olarak Anksiyete Bozuklukları'nda dürtüsellik birlikteliğinin Siklotimi'den bağımsız olabileceği sonucuna ulaşılmıştır (72).

Dürtüsellik ve anksiyete için daha önceleri kabul edilen görüş iki kavram arasındaki ilişkinin zıt olduğu yönünde olmuştur (70-73). Dürtüsel davranışlar üzerine yoğunlaşan çalışmalar sonucunda katekolaminerjik sistemin uyarılması sonucunda dürtüsel davranışın artırılabilirdiğinin gösterilmesiyle dürtüsellik ve

anksiyete ilişkisinin sadece basit anlamda bir zıtlıktan ileri gelmeyebileceği düşünölmeye başlanmıştır (74). Del Carlo ve ark. da bu görüşü destekleyerek, duyarlı kişilerde, anksiyetenin yol açtığı yüksek uyarılma sonucunda dürtüsel davranışın artırılabilceği görüşünü ileri sürmüşleridir (5). Dürtüsellik yüksek anksiyete düşük olduğunda klinik tablo daha çok antisosyal özellikler gibi davranış bozukluğu ile giden sonuçlarla seyrederken hem dürtüsellik hem anksiyete yüksek olduğunda davranış bozukluğundan ziyade klinik tablo da anksiyete belirtilerinin ağırlaşması ve tedavinin güçleşmesi söz konusu olmaktadır (70).

Dürtüsellik ile ilişkisi daha önceden tanımlanmış bazı ruhsal bozukluklarda anksiyete komponentinin dürtüsel davranışlar sergileme sıklığının artırdığının keşfedilmesi de anksiyete ve dürtüsellik ilişkisinin düşünölenin aksine her zaman zıt olmadığını destekleyen bulgulardan biri olmuştur. Örneğin; Taylor ve ark. Bipolar Duygu Durum Bozukluğu hastalarının dürtüselliklerini ko-morbid Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunup bulunmaması yönünden karşılaştırdıkları çalışmalarında bir veya daha fazla Anksiyete Bozukluğu eş tanısı bulunan hastaların dürtüsellik skorlarının eş tanısı bulunmayanlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (75).

Chamorro ve ark. 34.653 yetişkin hastadan oluşan alkol ve alkolle ilişkili bozukluklar ulusal epidemiyolojik çalışmasının datasında yer alan katılımcılara Alkol Kullanım Bozukluğu ve Alkolle İlişkili Bozukluklar görüşme diyagramı uygulayarak katılımcıları dürtüsellik ve psikiyatrik hastalık eş tanısı açısından inceledikleri çalışmalarında dürtüsellığı yüksek saptanan bireylerin %41'nin en az bir Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunduğu bulunmuştur (76).

Herhangi bir ruhsal bozukluğa dürtüsellığın eşlik etmesi hemen hemen çoğu zaman tedaviye uyumsuzluk, madde veya alkol kullanımı gibi riskli davranışlara yönelim ve olumsuz prognoz ile ilişkilidir (77,79). Erwin ve ark. Sosyal Fobi hastalarından oluşan geniş örneklemlı çalışmalarında; agresyon ve öfke problemleri fazla olan Sosyal Fobi hastalarının hem psikoterapi hem de farmakoterapi tedavilerini sürdürmede daha başarısız oldukları tedaviye devam etseler bile tedaviden sağladıkları faydanın sahip oldukları öfke, agresyon ve impulsivite puanları ile zıt ilişki içerisinde olduğunu bulmuşlardır (79).

2.6. Kendine Zarar Verme Davranışı

2.6.1. Tanım ve tarihçe

KZVD kişinin bilinçli bir ölüm isteği olmadan ancak isteyerek ve bir amaca yönelik yapılan, farklı oranlarda doku hasarı ile sonuçlanan ve tekrarlayıcı özellik gösteren kendi bedenine yönelik her türlü girişimi olarak tanımlanabilir (6,80,81). Kişinin bilinçli bir ölüm isteğiyle kendine zarar verme girişimleri ise intihar olarak adlandırılır ve bu durumda olası hayati tehlike çok daha ciddi boyutlardadır (6).

KZVD ile ilgili ilk yazılı kaynaklar İncil'in bir tür taslağı olarak kabul edilen Yeni Ahit'e kadar uzanmaktadır (6). Yeni Ahit'te cinlerin hükmündeki bir adamın tekrarlayan kendini kesme davranışı olduğundan bahsedilmiştir. Yunan mitolojisinde de yer alan Kral Oedipus trajedisinde, Kral Oedipus'un babasını öldürüp annesiyle evlendiğini öğrenen Sophocles' in bu durumdan kendini suçlayarak gözlerini oyararak çıkartmasının ardından kenti terk ettiğinden bahsedilmiştir (6). Tıbbi literatürdeki KZVD ile ilgili ilk olgu tanımı 1946 yılında yapılmış olup psikotik özellikler taşıyan çökkünlük dönemi içerisinde olan bir kadının suçluluk duyguları ve hezeyanlarıyla her iki göz küresini çıkardığı bildirilmiştir (82,83).

2.6.2. Epidemiyoloji

KZVD'nin yaygınlığı ile ilgili bugüne kadar birçok çalışma yapılmış olup farklı örneklerde farklı yaygınlık oranları bulunmuştur (80-85). Klinik örneklem ve genel toplumu kıyaslayan bir çalışmada genel toplumdaki KZVD yaygınlığı %4 bulunurken, klinik örneklemde bu oran %21'lere yükselmektedir (85). Klinik örneklem alt boyutları ile değerlendirildiğinde ise Zeka Geriliği olanlarda oran %13.1 iken, Antisosyal Kişilik Bozukluğu örnekleminde %24, Çoğul Kişilik Bozukluğu olanlarda ise %36 bulunmuştur (81-85). KZVD'nin kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar olduğu gibi erkeklerde de kadınlara eşit görüldüğünü ileri süren çalışmalar da vardır (82-87).

2.6.3. Etiyoloji

KZVD'nin etiyoiosi ile ilgili yapılan çalışmalar biyolojik ve psikodinamik kuramlar da dahil olmak üzere bir çok kuramla KZVD'ni açıklamaya çalışmışsa da etiyojide en çok suçlanan unsur istismardır (6).

2.6.3.1. İstismar

İstismara uğrayan çocukların vücutlarını yaralanama davranışını sık gerçekleştirdikleri gözlenmesi ile istismar ve KZVD ilişkisine yönelik çalışmalar yürütölmüş ve bu çalışmaların sonucunda da alt türü ne olursa olsun istismarın KZVD ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6,82,88). İstismara uğrayan kimselerin genelde yalnız kaldıklarında ve kaygı düzeyleri arttığında KZVD'ye yöneldikleri görölmüş olup, bu bulgunun davranışın yalın dürtüsel bir karakterden ziyade yüksek düzeydeki kaygının bedensel acı ile yer değiştirilerek azaltılması amacını da taşıyabileceği düşünölebilir (86,87).

2.6.3.2. Biyolojik nedenler

KZVD'nin etiyojisinde sorumlu tutulan başlıca nörotransmitterler 5-HT, dopamin ve opiyadlardır (6).

2.6.3.2.1. 5-HT

Öfke ve depresyonun 5-HT ile ilişkisi KZVD ile ilgili hayvan çalışmalarının 5-HT üzerine yoğunlaşmasına yol açmıştır. Yapılan alışmalar düşük 5-HT düzeylerinin iritabiliteyi, ökkönlüğü ve dürtüsellieği artırdığını ve bu yolla KZVD'de de artışa yol açtığını ortaya koymuştur (6, 88-90).

2.6.3.2.2. Dopamin

Tourette Sendromu'na KZVD eşlik etmesi ve Tourette Sendromu ile dopamin ilişkisinin ortaya konması KZVD'de dopaminin önemli rolü olabileceğini düşündürmüştür (91,92). Birçok tipik antipsikotiğin dopamin baskılanması etkisi ile KZVD'nin tedavisinde etkili olması da dopaminin KZVD üzerinde doğrudan ve dürtüsellğe etkisi ile dolaylı yoldan ilişkili olduğunu destekleyen bulgulardır (6).

2.6.3.2.3. Opiyatlar

Yapılan bazı çalışmalarda Zeka Geriliği ve KZVD'si olan hastalara opiyat antagonistlerinin verilmesi sonucunda KZVD'nin azaldığı gözlemlenmiştir (6,92). KZVD bulunan hastaların ağrıya duyarsızlıklarının opiyat aktivitesindeki epizodik artıştan kaynaklanabilir (6,93).

2.6.3.3 Psikolojik kuramlar

2.6.3.3.1 Psikodinamik görüşler

KZVD'nin psikodinamik olarak ayrıntılı incelenmesini ilk olarak Emerson tarafından yapılmıştır. Emerson bu incelemede KZVD'nin psikodinamik olarak birçok amaca hizmet ettiğini ileri sürmüştür (94). Emerson'a kadar psikodinamik görüşte KZVD'yi daha çok kendini cezalandırma ya da intiharın bir öncüsü olarak ele alınmıştır. Psikodinamik görüşe göre ego gelişiminin erken dönemlerinde travma varlığında ilkel savunma mekanizmalarının özellikle de *disosiasyon* savunma mekanizmasının kullanımı artar. Disosiasyon içerisindeki birey başkalarının içe atılmış temsillerine yönelme, suçluluğu azaltma ya da disosiasyondan kurtulma ve kendini varlığını hissetme gibi amaçlarla KZVD gerçekleştirebilir (27,93,94). Emerson'a göre ise KZVD kişiye; doğrudan

mazoşistik bir haz ve gerçek kastrasyonu önlemek için sembolik bir kastrasyon imkanı sağlar (94).

2.6.3.3.2. Psikodinamik kuram dışı psikolojik kuramlar

Psikodinamik kuram dışı psikolojik kuramlar KZVD'yi sorumluluktan kaçınma gibi sebeplerle *ikincil kazançlar elde etme*, ebeveyn ya da çevresindekilerden model alarak *taklit etme* ya da *uyum sağlama* gibi modellerle açıklarlar (6).

2.6.4. Klinik ve sınıflandırma

2.6.4.1. Klinik

KZVD kesme, saç ya da kaş koparma, deri bütünlüğünü bozan yaraların kabuğunu kaldırma, tırnak koparma, dudak ısırma vb. birçok farklı özellikte gözlenebilir. En sık gözlenen tekrarlayan KZVD kesme davranışı olup ulaşılabilirliği bakımından en kolay bölgeler olan kollar ve bilekler en sık KZVD'ye maruz kalan bölgelerdir (95). KZVD'nin başlangıç yaşı çoğu çalışmada ergenlik yıllarında olarak gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Tarlacı ve ark. KZVD'nin en çok 16-20 yaşları arasında ortaya çıktığını bulmuşlar ayrıca eğitim, gelir düzeyi düşük olanlar ve bekar olanlarda KZVD'nin daha sık görüldüğünü belirtmişlerdir (95,96). KZVD'de tanı çoğunlukla eş tanı için yapılan psikiyatrik değerlendirmeler sırasında sorgulanma ya da fizik muayene sonucunda konur. Başvuru nadiren KZVD'nin kendisi de olabilir.

2.6.4.2. Sınıflandırma

KZVD için birçok sınıflama yapılmış olup en yaygın kabul edilen sınıflama minör ve major KZVD olarak yapılan sınıflamadır. Minör KZVD Kişilik

Bozuklukları, Yapay Bozukluklar ve Zeka Geriliği'nde daha sık görülmekte olup, genellikle ciddi sakatlık oluşturmaz. Majör KZVD'ler, minör KZVD'ye göre daha az görülür ve organ çıkarılması ya da uzuv amputasyonu gibi KZVD'leri kapsar. Çalışmalarda ilk epizot psikozlarda, tedavi almayan hastalarda ve erkek cinsiyette majör KZVD'nin daha fazla olduğu bildirilmiştir (95,96).

2.6.5. Tedavi

KZVD'nin tedavisi daha çok eşlik ettiği psikiyatrik bozukluğa göre yapılmaktadır. Buna rağmen birincil psikiyatrik bozukluğun tedavisi her zaman KZVD'nin engellenmesinde yeterli olmamakta ve KZVD'ye yönelik ek müdahalelere de ihtiyaç duyulabilmektedir (6). Etiyolojisinde sorumlu tutulan nörotransmitterle aynı doğrultuda olarak 5-HT düzeyini yükselten SSGİ'ler, dopamin regülsayonunu sağlayan antipsikotikler ve opiat antagonistleri tedavide kullanılabilmektedir (6,97).

2.6.6. Eş tanı

KZVD birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilmekle birlikte en sık görüldüğü durumlar Borderline Kişilik Bozukluğu, Zeka Geriliği, Dissosiyatif Bozukluklar, Duygu Durum Bozuklukları, Yeme Bozuklukları ve psikozlardır (6,17,27). Kompulsif dudak ısırma, tırnak yeme vb. davranışların Tourette Sendromu ile birlikteliği sık olarak gözlenirken, kafa vurma kendini ısırma gibi davranışlar herhangi bir psikiyatrik bozukluğa eşlik etmeden de yalın olarak gözlenebilir (6,91,92).

KZVD DSM-III ile birlikte Borderline Kişilik Bozukluğu, Çoğul Kişilik Bozukluğu, Seksüel Mazoşizm ve Yapay Bozukluk'u içeren beş bozuklukta tanı kriteri olarak tanımlanmıştır (16). DSM-5' e kadar bireyin herhangi bir Kişilik Bozukluğu'na ya da diğer psikiyatrik bozukluğa eşlik etmeyen saf KZVD durumu 'Dürtü Kontrol Bozuklukları' başlığı altında 'Herhangi Özgül Bir Dürtü Kontrol Bozukluğu İçin Tanı Ölçütlerini Karşılamaayan Dürtü Kontrol Bozuklukları' başlığı altında incelenmekteydi (2,25). Bunun yanında KZVD'nin

her zaman bir psikiyatrik bozukluğa eşlik etmeyip eş tanı olmadan da görülebildiğini savunan araştırma sonuçlarının sayısının son yıllarda artması üzerine; DSM-5 KZVD'nin diğer psikiyatrik bozukluklara eşlik etmeden tek başına görülebildiği yaklaşımını kabul ederek, '*Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar*' başlığı altında '*Kendine Zarar Verme Öyküsü*' şeklinde yeni bir tanı kategorisi önermiştir (2,25,98-100). Bu ayrı bir bozukluk olarak kategorilendirmenin KZVD gösteren her bireyin Borderline Kişilik Bozukluğu olarak etiketlenilmesinin önüne geçmenin yanında; araştırmacıların daha fazla KZVD'ye yönelmesi sağlayarak bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına olanak sağlayacağı da beklenmektedir (100).

Selby ve ark. KZVD'nin her zaman Borderline Kişilik Bozukluğu ekseninde bir antite olmadığını ve diğer psikiyatrik bozukluklar seyirinde de gözlenebileceği hipotezi ile oluşturdukları retrospektif çalışmalarında kliniğe başvuran 571 hastayı KZVD gösterenler ancak Borderline Kişilik Bozukluğu olmayanlar, KZVD'na bakılmaksızın Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı bulunanlar ve hem KZVD hem de Borderline Kişilik Bozukluğu bulunmayan tüm diğer psikiyatrik hastalığa sahip hastalar olarak 3 gruba ayrılmıştır. Her üç grubun önceki tedavi geçmişi ve intihar girişimlerini de içeren sosyo-demografik özellikleri, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda yalnızca KZVD bulunan ancak Borderline Kişilik Bozukluğu olmayan grubun hiç KZVD olmayan gruba göre daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (98). Bunun yanında istismara uğrama ya da başkalarıyla uyum problemleri yaşama gibi özellikler en çok KZVD'ye bakılmaksızın Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı bulunan bireylerden oluşan ikinci grupta yüksek bulunurken bunu birinci gruptaki KZVD olan ancak Borderline Kişilik Bozukluğu bulunmayan hastalar izlemiştir (98). Bu sonuçlardan yola çıkarak Selby ve ark. daha önceki bazı araştırmalardan da destekle tekrarlayan KZVD'nin Borderline Kişilik Bozukluğu'na yakın ancak farklı özellikler de gösterebilen ayrı bir psikiyatrik bozukluk olabileceği konusunda fikir sunmuşlardır (98-100).

Anksiyete Bozuklukları içerisinde KZVD ile en çok bir arada gözlenen bozukluk eski sınıflamalarda Anksiyete Bozuklukları içinde yer alan TSSB olarak belirtilmiş olup kişilerin travma ile başa çıkmak, öfkesini kendine yönlendirme ya da bazı ilkel savunma mekanizmalarını kullanma yoluyla KZVD'ye yöneldikleri ileri sürülmüştür (99-102). Baral ve ark. KZVD ve cinsel istismar arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında 42 kadın hasta KZVD özelliklerinin olup olmamasına göre 2 gruba ayrılmış ve çalışmaya katılan 42 kadından KZVD bulunanların 29'unda Anksiyete Bozukluğu, 4'ünde Disosiyatif Bozukluk, 5'inde Borderline Kişilik Bozukluğu, 12'sinde Major Depresyon, 1'inde Somatoform Bozukluk, 1'inde de Zeka Geriliği tanısı bulunmuştur (101). KZVD ile sıklıkla birliktelik gösteren klinik durumlardan biri de Madde ve Alkol Kullanım Bozukluklarıdır (102).

2.7. Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Anksiyete Bozuklukları'nın KZVD ile ilişkisi daha yakın zamanda araştırmacıların ilgisini çekmeye başlamıştır. Özellikle Panik Bozukluk ve eski sınıflamalarda Anksiyete Bozuklukları içerisinde yer alan TSSB'nin hem KZVD hem de intihar girişimi ile ilişkisi birçok araştırmada çalışılmıştır (101-108). Chatrand ve ark. Anksiyete Bozuklukları'nda intihar girişimlerinin intihar amaçlı olmayan KZVD'leriyle karşılaştırılmasını amaçlayan çalışmalarında 5.910 Anksiyete Bozukluğu hastası araştırmacıların kendi hazırladıkları bir form yardımıyla intihar amacı taşımayan KZVD ve intihar girişimi açısından sorgulanmış ve Anksiyete Bozuklukları hem intihar hem de intihar amacı taşımayan KZVD ile ilişkili olarak bulunmuştur. Anksiyete Bozuklukları'nın alt gruplarına göre incelenmesinde ise YAB ve Sosyal Fobi hastalarının eşlik eden Madde Kullanım Bozukluğu ve Duygu Durum Bozukluğu tanılarında bağımsız olarak intihar girişimi oranlarının intihar amacı taşımayan KZVD'den çok daha yüksek olduğu, bu iki gruptaki hastaların KZVD'lerinin diğer gruplara göre daha ciddi düzeylerde olduğu bulunmuştur (105). Aynı çalışmada KZVD risk katsayıları incelendiğinde Agorafobi'nin 3.19, Sosyal Fobi'nin 2.52 ve YAB'ın

1.63 kez herhangi bir Anksiyete Bozukluğu olmayan katılımcılardan daha fazla birden fazla kez zarar verme girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (105).

Ulusal ko-morbidite datasının retrospektif incelenmesine dayalı olarak yürütülen farklı bir çalışmada yine Anksiyete Bozukluğu bulunan hastalar intihar girişimleri ve intihar amacı olmayan KZVD açısından sorgulanmış yalnızca Özgül Fobi grubunda her iki davranış açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğunu buna göre Özgül Fobi hastalarının diğer Anksiyete Bozuklukları'ndan farklı olarak daha fazla KZVD gösterdiklerini bulunmuştur (107).

Psikiyatrik bozuklukların intihar düşüncesi, planı ve eylemi ile ilişkilerini inceleyen Nock; intihar düşüncesi ile birlikteliği istatistiksel olarak anlamlı en yüksek grubun herhangi bir Duygu Durum Bozukluğu'na sahip olan grup olduğunu ancak bu düşüncenin bir plan ya da eyleme dönüşmesinin eş tanı olarak Anksiyete Bozukluğu ya da düşük dürtü kontrolü bulunan bozukluklarının (Dürtü Kontrol Bozuklukları, bazı Kişilik Bozuklukları vb.) varlığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Araştırmacı bu sonuca dayanarak depresif semptomları nedeniyle takip edilen hastaların intihar düşüncelerine özellikle eş tanı olarak Anksiyete Bozukluğu eşlik ediyorsa daha dikkatli olmak gerekebileceği ile ilgili klinisyenlere uyarıda bulunmuştur (107).

Singhal ve ark. kasıtlı KZVD ile psikiyatrik ve fiziksel hastalıkların birlikteliğini inceledikleri araştırmalarında herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısının KZVD görülme sıklığını yaklaşık 7.8 kez artırdığını bu durumun sanılanın aksine Şizofreni (OR:7.2) ve Yeme Bozuklukları'ndan (OR:7.5) daha da yüksek olduğu iddia edilmiştir (99).

2.8. Anksiyete Duyarlılığı

2.8.1. Tanım

Anksiyete duyarlılığı bireyde kalıtsal olarak var olduğuna inanılan ve anksiyete belirtilerinin bilişsel yapılandırılmasını sağlayan ve bu yolla da Anksiyete Bozuklukları'nın etiyolojisinde ve seyrinde önemli kabul edilen bilişsel süreçlerden birisidir (9).

Anksiyete duyarlılığı ilk kez Reiss ve McNally tarafından *'korkmaktan korkmak'* olarak tanımlanmıştır. Reiss yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bireylerin korku uyandıran stimuluslara daha yüksek anksiyete ile yanıt verdiğini ve ortaya çıkan anksiyete belirtilerini de daha yoğun ve daha baş edilemez olarak yaşantıladıklarını ileri sürmüştür (10).

Anksiyete duyarlılığı; Reiss tarafından 1991 yılında ortaya koyulan 'Bekleme Teorisi'ne göre hastalık ya da ölüm korkusu ve negatif değerlendirilmeyi de içine alan 3 temel korkudan biridir (10). Reiss'e göre, bu üç temel korku, diğer tüm korkuların yanında fobilerin de ortaya çıkmasını sağlayan ve sonrasında sürdürümlerinde rol oynayan en temel faktörlerdendir (10).

Başkaları için korkutucu olmayan ya da korku yanıtı oluştursa bile kaçınma davranışı ortaya çıkarmayıp kişinin günlük işlevselliğini bozmayan bir uyarının yatkınlığı olan bireylerde Fobi gelişimine yol açması anksiyete duyarlılığının fobi gelişimindeki rolünü özetleyebilir. Öğrenilmiş yaşantıların ya da koşullanmaların farklı bireylerde ortaya çıkardığı tepkilerin değişken yoğunlukta olması da bu kalıtsal yatkınlığı destekleyen bir klinik bulgudur. Anksiyete belirtilerine duyarlılık şüphesiz bireyin çevresinde olup biten olayları ve kendi bedensel belirtilerini yorumlamasında farklılıklar oluşturarak biliş, duygulanım ve tedavi uyumunda değişikliklere yol açabilir. Beck tarafından 1970'li yıllarda duygu ile düşünce arasındaki ilişkiye dikkat çekilmesinden sonra birçok ruhsal bozukluğun temelinde yaşantılanan duygunun ötesinde bu duyguyu ortaya çıkaran ya da sürdüren bir biliş olduğu görüşü çoğu psikiyatrist tarafından kabul görmüştür (109). Beck tehdit ve tehlike içeren bilişlerin anksiyetenin sürdürülmesinde temel bir rolü olduğunu ileri sürmüş ve bu bilişlerin oluşmasını da; bazı yatkın bireylerin çevrelerindeki olay ve durumları sağlıklı bireylere göre daha tehlikeli algılamasına bağlamıştır (109). Bireyin tehdit olarak algıladığı bu uyarın bazen Panik Bozukluk'daki gibi içsel, Özgül Fobi'deki gibi dışsal ya da Agorafobi ve Panik Bozukluk tanılarının bir arada olduğu durumlarda olduğu gibi hem içsel hem dışsal da olabilir (109). Beck'in de aslında bir yatkınlık olarak tariflediği ve düşünceyi etkilediğini ileri sürdüğü bu durum günümüzdeki anksiyete duyarlılığı kavramı ile birçok yönden örtüşmektedir.

Anksiyete duyarlılığı, belirli bir durumda anksiyete ya da korku yaşanacağından yani beklenti anksiyetesinden farklı bir kavramdır (14). Beklenti anksiyetesi sıklıkla panik ataklar sonrasında bireyde gelişmiş olan ve yeniden atak geçirileceği ve yardım alınmayacağı gibi bilişsel süreçlerle seyreden bir kavramdır ve korkunun kaynağı açısından anksiyete duyarlılığından farklıdır. Anksiyete duyarlılığı ile karıştırılabilen bir diğer kavram sürekli (trait) anksiyete olup; sürekli anksiyete de genel anksiyete belirtilerinin kendisinden korkmaktan çok daha evvel yaşadığı anksiyete deneyimlerini tekrar yaşama hali ya da YAB belirtilerine yapısal bir yatkınlık söz konusudur (110). Bunun yanında yüksek anksiyete duyarlılığına sahip bir bireyin düşük sürekli anksiyete değerlerine sahip olabildiği ölçüm araçları yoluyla da saptanmıştır (111).

2.8.2. Etiyoloji

2.8.2.1. Bilişsel Süreçler

Anksiyete duyarlılığı da anksiyetenin kendisi gibi bu üç birincil öğrenme yollarından herhangi biri yoluyla kazanılabilir (9). Kişilerde anksiyete belirtilerinin oluşumunu hem klasik hem edimsel hem de gözlemsel koşullanma sağlayabilir (112). Örneğin; ebeveynlerinden anksiyete belirtilerinin felaketleştirilmesini ve olumsuz yorumlanmasını öğrenen bir çocuk diğerlerinden daha yüksek bir anksiyete duyarlılığına sahip olabilir.

2.8.2.2. Genetik

Anksiyete duyarlılığı ile ilgili birçok çalışma yapmış olan Stein anksiyete duyarlılığının etyolojisine yönelik yaptığı bir ikiz çalışmasında anksiyete duyarlılığının kalıtılabilir bir yönü olduğunu bu oranın ikizler için yaklaşık %45 düzeyinde olduğunu ileri sürmüştür (113).

2.8.3. Klinik

Anksiyete duyarlılığı tek başına bir klinik antite olmaktan ziyade anksiyete belirtileri ile seyreden klinik bozukluklar içerisinde gerek yatkınlığı artıran gerekse de hastalığın gidişini, tedavi seçeneklerini ve tedavi sürecini etkileyen bir kavram olarak ele alınmalıdır. Yapılan bazı çalışmalar anksiyete duyarlılığının başta Panik Bozukluk olmak üzere Sosyal Fobi, TSSB, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) gibi birçok bozukluğun gelişimini yordayabildiğini göstermiştir (110-119). Konuyla ilgili çalışmalarında Maller ve ark. anksiyete duyarlılığı yüksek olan kişilerin düşük olanlara kıyasla herhangi bir Anksiyete Bozukluğu geliştirme oranlarının yaklaşık 5 kat arttığını bulmuşlardır (117). Anksiyete duyarlılığının tanımından da yola çıkılarak yüksek oranda ilişkili olması beklenen bir diğer psikiyatrik bozukluk Hipokondriazis olup literatürde anksiyete duyarlılığının hipokondriazis gelişimi için de yordayıcı olduğunu belirten çalışmalar da yer almaktadır (118,119).

Anksiyete duyarlılığının psikiyatrik bozuklukların etiolojisinde mi ya da sürdürümünde mi daha etkili olduğu ya da bir takım bireysel farklılıkların (sosyo-demografik özelliklerin) anksiyete duyarlılığındaki etkisinin ortaya konulması için halen yeterli çalışma mevcut değildir. Buna rağmen bugün için tedavi formülasyonunda ve tedavinin sürdürümünde anksiyete duyarlılığının etkili rolü olduğu görüşü desteklenmektedir (9).

2.8.4. Anksiyete duyarlılığının ölçümü

Anksiyete duyarlılığının ölçümü için geliştirilen ilk ölçek tanımlamayı yapan araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup fiziksel, bilişsel ve sosyal olmak üzere üç alt ölçekten oluşmuştur. Farklı alt ölçeklerin farklı psikiyatrik bozuklukları yordama da etkin rolü olduğu daha sonraki araştırmalarla da desteklenmiştir (9,112). Ölçeğin Taylor ve ark. tarafından gözden geçirilmiş son hali Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3) olup ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (120, 121).

2.9. Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobide Anksiyete Duyarlılığı

Anksiyete Bozuklukları'nın anksiyete duyarlılığı özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalar sıklıkla Panik Bozukluk üzerine yoğunlaşmakla birlikte farklı alt ölçeklerin farklı Anksiyete Bozukluğu alt tipi ile ilişkili olduğu literatürde sınırlı sayıda çalışmada ileri sürülmüştür (9,12-15,122,123).

Rodriguez ve ark. Anksiyete Bozuklukları'nı alt gruplarından oluşan örnekleme ADI uygulayarak yaptıkları çalışmalarında fiziksel alt ölçeğin Panik Bozukluk'u, sosyal alt ölçeğin Sosyal Fobiyi, bilişsel alt ölçeğin ise YAB'ı yordayabildiği ileri sürülmüştür (11). Rector ve ark. ise örnekleme daha daraltarak bir önceki sınıflama rehberinde birlikte bir tanı olarak konulan Agorafobili Panik Bozukluğu bir grup, Sosyal Fobi ve YAB'ı diğer iki grup olarak üç grubu ADI'nin alt ölçeklerine göre incelemişler ve özellikle bilişsel alt ölçek değerlerini YAB'da yüksek bulmuşlar ve bu sonucu bilişsel alt ölçeğin YAB'ın etiolojisinde önemli bir rolü olabileceği şeklinde yorumlamışlardır (12). ADI'nin toplumsal ADI alt ölçeğinin, çeşitli çalışmalarda toplum önünde negatif değerlendirilme korkusu başta olmak üzere Sosyal Fobi'ye eşlik eden diğer anksiyete belirtilerinden duyulan kaygıyı ölçmede güçlü ilişkisi olduğu ortaya konulmuştur (9,12,14). Literatürde de Özgül Fobi ve Agorafobi'de anksiyete duyarlılığının rolüne dikkat çeken araştırmalar da mevcut olup; ancak fobi kliniği ile seyreden bu üç ruhsal bozukluğu tek bir çalışmada ayrıca inceleyen herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanılmamıştır (13-15).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Katılımcılar

Çalışmaya Ocak 2016 – Aralık 2016 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvuran poliklinik hastalarından, DSM-5 tanı kriterleri'ne göre; Sosyal Fobi veya Agorafobi veya Özgül Fobi tanılarında yalnızca birini alan, 18-65 yaş arası, verilen ölçekleri uygun bir biçimde anlayıp cevaplayabilecek olanlardan gönüllülük esasına uygun olarak seçilenlerle; herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan, sağlık personeli, veri giriş elemanı ve hasta refakatçilerinden oluşan kontrol grubu dahil edilmiştir (2,27). Çalışma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra tüm katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır. Çalışmanın planlanma aşamasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 14.12.2015 tarihli Etik Kurul Toplantısı'nda 2015/73 karar numarası ile izin alınmıştır (Ek-1).

Çalışmanın başlangıcında, eş zamanlı olarak Sosyal Fobi, Agorafobi veya Özgül Fobi tanılarında iki veya daha fazlasını alanların çalışma için ayrı bir grup olarak kabul edilmesi planlanmış, ancak bu şartı karşılayan yalnızca 3 katılımcı olduğundan bu 3 kişi analiz aşamasında örneklemden çıkarılmıştır.

Sosyal Fobi, Agorafobi veya Özgül Fobi tanılarında birini alan ancak; okur yazarlığı olmayan ya da DSM-5 tanı kriterlerine göre; Zeka Geriliği, Demans, Psikotik Bozukluk, Major Depresyon Bozukluğu, Duygu Durum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dürtü Kontrol Bozukluğu, Borderline veya Antisosyal Kişilik Bozukluğu, DEHB, Travma İlişkili Bozukluklar, OKB ve diğer OKB ilişkili bozukluklardan birisi için de tanı kriterlerini karşılayan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca DSM-5 tanı kriterlerine göre Major Depresyon Bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan ancak klinik olarak depresif şikayetler belirten hastalardan, klinik görüşme sırasında Beck Depresyon Ölçeği skoru 17 ve üzerinde bulunanlar da bu durumun dürtüsellik ve diğer değişkenleri etkileyebileceği düşünülerek çalışma dışı bırakılmıştır.

Katılımcılar Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi grupları ve sağlıklı kontrol grubunu içeren dört grupta incelenmiştir. Gruplar arasında klinik olarak anlamlı farklılığı bulmak için gerekli katılımcı sayısı; literatürdeki benzer çalışmalarda elde edilmiş bulgular göz önüne alınarak % 5 anlamlılık düzeyi ve %80 güçle; her grup için en az 35 kişi olarak belirlenmiştir.

3.2. Kullanılan Ölçekler

Çalışmada veri toplama aracı olarak; araştırmacıların hazırladığı ve klinik görüşme sırasında araştırmacı tarafından doldurulacak sosyo-demografik form ve katılımcıların kendilerinin dolduracağı BDÖ-11, Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ve ADI-3 kullanıldı (42,120,124,125). Sosyal Fobi hastalarının hastalık şiddeti ile dürtüsellik, KZVD ve anksiyete duyarlılığı ilişkisini ayrıca incelemek için yalnızca Sosyal Fobi grubundaki katılımcılara Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ) uygulandı (125).

Sosyo-demografik formun içeriğinde; katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi (yıl olarak), meslek, yaşanılan yer, aylık ortalama gelirin birey için algısı, kardeş sayısı, anne ve babanın eğitim durumu (yıl olarak), intihar girişimi öyküsü, intihar girişimi varsa yöntemi ve sayısı, sigara, alkol ve madde kullanımı, daha önce tanı konulmuş ruhsal bozukluk öyküsü varlığı sorgulandı (Ek-2).

BDÖ-11 öz bildirim dayalı olarak cevaplanan 30 sorudan oluşmuştur. Patton tarafından ilk olarak 1959 yılında geliştirilen ölçeğin onbirinci ve en son geçerli versiyonudur (42) (Ek-3). BDÖ-11’de bireyden okuduğu cümlelere yanıt olarak ‘*nadiren/hiçbir zaman*’, ‘*bazen*’, ‘*sıklıkla*’ ve ‘*hemen her zaman/her zaman*’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Kendi içinde **dikkat** (dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik ve hızlı karar verme), **motor** (motor dürtüsellik, sabırsızlık, ani ve plansız hareket etme) ve **plansızlık** (kontrolünü sağlayamama, şimdiki zamana odaklanıp plan yapmama) içeren üç alt ölçeği vardır.

BDÖ-11 değerlendirilirken toplam puan, plansızlık, dikkat ve motor dürtüsellik olmak üzere 4 farklı alt skor elde edilir. Toplam BDÖ-11 puanı ne

kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (126).

BDÖ-11 kısa form, ölçeği daha kısaltarak kullanımını daha pratik hale getirmek açısından aynı araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bir ölçek olup BDÖ-11'de de yer alan 15 sorudan oluşmuştur. BDÖ-11 kısa formunun da Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılmıştır (127). Her iki ölçeği de Türkçe'ye çevirip geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan; alt ölçek puanlarının BDÖ-11 kısa formuna göre hesaplanmasının geçerlilik ve güvenilirliğinin daha yüksek olduğu bilgisi edinilmiş olup, araştırmacıların tavsiyesi doğrultusunda toplam dürtüsellik puanı için BDÖ-11, alt ölçek puanlarının hesaplanması için ise BDÖ-11 kısa form kullanılmıştır (42,126,127) (Ek-4).

KZVDDE; Klonsky ve Glenn tarafından geliştirilen, iki bölümden oluşan ve öz bildirim dayalı bir ölçektir. İlk bölümde,“ intihar amacı taşımayan ancak kasıtlı olarak yapılan” 12 çeşit KZVD'nin yaşam boyu sıklığı sorgulanır. *Kendini kesme, kendini ısırma, cilde harf/şekil kazıma, yakma, çimdikleme, saç kopartma, tırnaklama, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, yara iyileşmesine engel olma, cildi sert bir yere sürme, kendine iğne batırma, tehlikeli/zararlı madde içme/yutma* sorgulanan davranışlardır. Ayrıca beş ek soru ile bu davranışların tanımlayıcı ve yapısal özellikleri araştırılır. (130). Envanterin ilk bölümünde (**Davranışlar**) “bir ve daha fazla sayıda KZVD belirten” katılımcılar için ise ikinci bölüm de ise KZVD'nin **işlevleri** sorgulanır. İkinci bölümde toplam 39 soru ile otonom ve sosyal işlevler başlıkları altında 13 alt işlev sorgulanmaktadır (Ek-5). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve ark. tarafından yapılmıştır (124,128).

ADI-3; Taylor ve ark. tarafından geliştirilen ADI'nin gözden geçirilmiş son versiyonu olup ülkemizde de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mantar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (120,121). ADI-3 öz bildirim dayalı 18 maddeden oluşur. Ölçek beşli Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. '0' çok az anlamına gelirken, '4' çok fazla anlamına gelmektedir. Ölçek **fiziksel, sosyal ve bilişsel alt ölçek** puanları ve toplam ADI-3 puanı olmak üzere 4 ayrı puan elde edilmesini sağlar. Ölçekten alınabilecek en düşük puan '0' iken en yüksek puan

ise '72'dir ve Türkçe ADI-3 için kesme puanı belirlenmemiş olup karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmiştir (120,121) (Ek-6).

LSFBÖ; Liebowitz tarafından geliştirilen ve sosyal fobinin ve kaçınmanın şiddetini belirleyen iki alt bölümde 24'er maddeden oluşmuş ve öz bildirim dayalı bir ölçektir (125) (Ek-7). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve ark. tarafından yapılmıştır (125,129).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirmeler PASW (versiyon 18) programında yapıldı. Çalışmadaki tüm verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplandı. Sürekli nicel değişkenlerin normallik varsayımı ShapiroWilk testiyle ve varyansların homojenlik kontrolü ise Levene testi ile incelendi.

Sosyo-demografik özellikler ve klinik ölçekler bakımından grupların karşılaştırılmasında varsayımları sağlayan sürekli nicel değişkenler için One Way ANOVA (post hoc Tukey testi) ve Independent samples t test kullanıldı. Varsayımları sağlamayan değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis (post hoc Dunn test) ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Karıştırıcı faktörlerin etkisini elimine ederek gruplar arası karşılaştırmalarda Kovaryans analizi (post hoc Tukey testi) uygulandı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson ve Spearman Korelasyon testleri kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Chi-Square ve Fisher-Freeman-Halton testleriyle incelendi.

Çalışmada $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Grupların Sosyo-demografik Özellikleri

Çalışmaya dahil edilen 160 katılımcı; Sosyal Fobi hastaları (n=42), Agorafobi hastaları (n=27), Özgül Fobi hastaları (n=40) ve kontrol grubu (n=51) olmak üzere dört grupta incelenmiştir. Sosyal Fobi grubunun yaş medyan değeri (\pm SS) 21.0 ± 7.18 iken, Agorafobi grubunun 40.0 ± 9.91 , Özgül Fobi grubunun 33.5 ± 13.4 ve kontrol grubunun ise 26.0 ± 10.0 olarak bulunmuştur ($p=0.001$). Cinsiyet, yerleşim yeri ve aylık ortalama gelir algıları bakımından ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0.054$, $p=0.058$, $p=0.275$).

Sosyal Fobi grubunda yer alan katılımcıların %19'u evli, %81 ise bekar iken bu oran Agorafobi grubundaki katılımcılar için %85.2 evli, %14.8 bekar olarak bulunmuştur. Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarındaki katılımcıların medeni durumları benzer özellikler göstermekteyken; Agorafobi grubundaki evli bireylerin oranının; Sosyal Fobi ve kontrol gruplarındaki evli bireylerin oranlarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Ayrıca Sosyal Fobi grubundaki bekar bireylerin oranı da diğer üç gruptaki bekar bireylerin oranlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.001$).

Gruplardaki katılımcıların meslek özellikleri incelendiğinde; grupların meslek dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$). Sosyal Fobi grubundaki katılımcıların %61.9'nu öğrencilerin, Agorafobi grubundaki katılımcıların ise %48.1'ni ev hanımlarının oluşturduğu görülmüştür. Çiftçi, esnaf, emekli gibi meslekler katılımcılar tarafından daha az belirtildiği için 'diğer' meslek kategorisi altında birleştirilmiştir.

Gruplar eğitim durumlarına göre incelendiğinde; Sosyal Fobi grubundaki katılımcıların eğitim yılı medyan değeri (\pm SS) 14.0 ± 3.4 , Agorafobi grubundaki katılımcılarda 8.0 ± 3.4 , Özgül Fobi grubundaki katılımcılarda 12.5 ± 5.3 ve kontrol grubunda 16.0 ± 4.0 olarak bulunmuştur ($p=0.001$). Grupların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Grupların kategorik yapıdaki sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Sosyal Fobi	Agorafobi	Özgül Fobi	Kontrol Grubu	p
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	18(42.9)	18(66.7)	26(65.0)	35(68.6)	0.054
	Erkek	24(57.1)	9(33.3)	14(35.0)	16(31.4)	
Medeni Durum	Evli	8(19.0) _a	23(85.2) _b	25(62.5) _{b,c}	23(45.1) _c	0.001
	Bekar	34(81.0) _a	4(14.8) _b	15(37.5) _{b,c}	28(54.9) _c	
Meslek	Memur	4(9.5) _a	1(3.7) _a	7(17.5) _a	12(23.5) _a	0.001
	İşçi	4(9.5) _a	4(14.8) _a	10(25.0) _a	10(19.6) _a	
	Öğrenci	26(61.9) _a	2(7.4) _b	6(15.0) _b	24(47.1) _a	
	Ev hanımı	2(4.8) _{a,b}	13(48.1) _c	9(22.5) _{b,c}	2(3.9) _a	
	Diğer *	6(14.3) _a	7(25.9) _a	8(20.0) _a	3(5.9) _a	
Yerleşim Yeri	Kentsel	35(83.3)	21(77.8)	36(90.0)	49(96.1)	0.058
	Kırsal	7(16.7)	6(22.2)	4(10.0)	2(3.9)	
Aylık ortalama gelir algısı	Kötü	7(16.7)	3(11.1)	2(5.0)	2(3.9)	0.275
	Orta	28(66.7)	16(59.3)	25(62.5)	35(68.6)	
	İyi	7(16.7)	8(29.6)	13(32.5)	14(27.5)	
Toplam		42(100)	27(100)	40(100)	51(100)	

*: emekli, esnaf, mühendis, çiftçi ve işsiz

Tablo 2. Grupların sürekli yapıdaki sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Sosyal Fobi (n=42)		Agorafobi (n=27)		Özgül Fobi (n=40)		Kontrol grubu (n=51)		p
	Med±SS	Min-max	Med±SS	Min-max	Med±SS	Min-max	Med±SS	Min-max	
Yaş	21.0±7.1	18.0-41.0	40.0±9.9	18.0-55.0	33.5±13.4	18.0-65.0	26.0±10.0	18.0-65.0	0.001
Eğitim yılı	14.0±3.2	5.0-22.0	8.0±3.4	5.0-14.0	12.5±5.3	0.0-22.0	16.0±4.0	2.0-19.0	0.001
Anne eğitim yılı	5.0±3.6	0.0-16.0	5.0±2.5	0.0-8.0	5.0±4.2	0.0-15.0	5.0±4.1	0.0-16.0	0.003
Baba eğitim yılı	8.0±3.7	0.0-18.0	5.0±2.3	0.0-11.0	5.0±4.7	0.0-16.0	11.0±4.1	0.0-16.0	0,001
Kardeş sayısı	3.0±1.2	1.0-7.0	4.0±2.3	2.0-10.0	3.0±1.8	1.0-8.0	3.0±2.3	0.0-12.0	0.029

Med±SS: Medyan değer ± Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maximum Değer

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım özellikleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır (sırasıyla, $p=0.263$ ve $p=0.647$). Madde kullanımı öyküsüne katılımcılardan hiçbiri 'var' yanıtı vermediğinden grupların madde kullanım özelliğini değerlendirmek için herhangi bir analiz uygulanamamıştır.

Tablo 3. Grupların sigara ve alkol kullanım özelliklerine göre karşılaştırılması

		Sosyal Fobi Sayı (%)	Agorafobi Sayı (%)	Özgül Fobi Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)	p
Sigara kullanımı	var	15(35.7)	11(40.7)	11(27.5)	11(21.6)	0.263
	yok	27(64.3)	16(59.3)	29(72.5)	40(78.4)	
Alkol kullanımı	var	7(16.7)	4(14.8)	3(7.5)	7(13.7)	0.647
	yok	35(83.3)	23(85.2)	37(92.5)	44(86.3)	

Gruplardaki katılımcılar daha önce psikiyatriye başvurma ve herhangi bir ek psikiyatrik tanı alma özelliklerine göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.273$). Sosyal Fobi grubundan 5 (%11.9), Agorafobi grubundan 1 (%3.7), Özgül Fobi grubundan 8 (%20) ve kontrol grubundaki 8 (%15.7) katılımcının daha önce psikiyatri başvurusu olduğu öğrenilmiştir. Psikiyatri başvurusu bildiren katılımcıların gruplara dağılımı ve aldıkları tanı kategorileri Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Psikiyatri başvuru öyküsü olan katılımcıların geçmişte aldıkları psikiyatrik tanı kategorilerine göre incelenmesi

Tanı	Sosyal Fobi Sayı (%)	Agorafobi Sayı (%)	Özgül Fobi Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)
Duygu durum bozuklukları	1(20.0)	0(0.0)	1(12.5)	1(12.5)
Anksiyete bozuklukları	1(20.0)	1(100.0)	5(62.5)	2(25.0)
Travma ilişkili bozukluklar	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	4(50.0)
Diğer*	3(60.0)	0(0.0)	2(25.0)	1(12.5)
Toplam	5(100.0)	1(100.0)	8(100.0)	8(100.0)

*: Konversiyon bozukluğu, Uyku bozuklukları, Cinsel işlev bozukluğu, Somatoform Bozukluk

Gruplardaki katılımcılar intihar girişimi öykülerine göre incelendiğinde; kontrol grubundaki hiçbir katılımcının intihar girişimi öyküsü vermediği ve buna göre gruplar arasında intihar girişimi öyküsüne göre istatistiksel düzeyde anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür ($p=0.013$).

Bu farklılık alt grup olarak tekrar değerlendirildiğinde; Agorafobi grubuyla Sosyal Fobi ve Özgül Fobi grupları arasında ise intihar girişimi öyküsü özelliklerine göre istatistiksel bir anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$). Gruplar arasında yalnızca Agorafobi grubundaki katılımcıların, kontrol grubundakilerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur ($p=0.013$). Katılımcıların intihar girişimi özelliklerine ve yöntemlerine göre karşılaştırılması Tablo 5 ve Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 5. Grupların intihar girişimi öyküsüne göre karşılaştırılması

		Sosyal Fobi Sayı (%)	Agorafobi Sayı (%)	Özgül Fobi Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)	p
İntihar Girişimi Öyküsü	var	2(4.8) _{a,b}	4(14.8) _b	1(2.5) _{a,b}	0(0.0) _a	0.013
	yok	40(95.2) _{a,b}	23(85.2) _b	39(97.5) _{a,b}	51(100.0) _a	

Tablo 6. İntihar girişimi olan katılımcıların intihar yöntemlerinin dağılımı

İntihar yöntemi	Sosyal Fobi Sayı (%)	Agorafobi Sayı (%)	Özgül Fobi Sayı (%)	Kontrol Grubu Sayı (%)
İlaç içme	0(0.0)	2(50.0)	1(100.0)	0(0.0)
Ası	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
Silah	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)
Diğer	1(50.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)

Diğer: Yüksekten atlama, kesme

Özgül Fobi grubundaki bireyler DSM-5 tanı kriterlerine göre hayvan alt tipi, doğal-çevre alt tipi, kan-enjeksiyon yaralanma alt tipi ve durumsal alt tipi Özgül Fobi olarak 4 grupta incelenmiştir. Hiçbir katılımcının DSM-5'e göre 'diğer' kategorisinde değerlendirilen Özgül Fobi alt tipi bildirmediği görülmüştür.

Özgül Fobi grubunda yer alan katılımcıların 12'si (%30.0) hayvan tipi, 3'ü (%7.5) doğal-çevre tipi, 6'sı (%15.0) kan-enjeksiyon yaralanma tipi, 19'u (%47.5) ise durumsal tip Özgül Fobi tanısı almıştır. Özgül Fobi alt tipine göre sosyo-demografik özellikler ve diğer klinik ölçek puanları incelenirken gruplardaki katılımcılardan bazıları az sayıda olduğundan doğal-çevre alt tipi ve

durumsal alt tipi Özgül Fobiler birlikte ‘doğal ve durumsal alt tip’ olarak yeniden kategorilendirilmiştir.

Özgül Fobi alt grupları sosyo-demografik özelliklerine göre incelendiğinde; hayvan tipi Özgül Fobisi olanların medyan yaş değeri 25.0 ± 8.6 iken doğal-durumsal tip Özgül Fobisi bulunanların medyan yaş değeri 38.5 ± 13.42 bulunmuştur ($p=0.006$). Hayvan tipi Özgül Fobisi bulunan katılımcıların %91’ni kadınlar oluştururken doğal-durumsal tip Özgül Fobi’si bulunan katılımcılarda kadın erkek oranı eşittir ($p=0.049$). Hayvan tipi Özgül Fobisi bulunan katılımcıların büyük çoğunluğunu (%66.7) bekar bireyler oluştururken doğal-durumsal tip Özgül Fobisi bulunanların çoğunluğunu ise (% 77.3) evli bireyler oluşturmuştur ($p=0.049$). Kan-enjeksiyon ve yaralanma tipi Özgül Fobi’si bulunan bireylerin hem anne eğitim yılı hem de baba eğitim yılı medyan değerleri diğer alt gruplardan yüksektir (sırasıyla, $p=0.037$ ve $p=0.014$). Eğitim yılı, meslek, yerleşim yeri ve aylık ortalama gelir algısı yönünden alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (sırasıyla; $p=0.357$, $p=0.192$, $p=0.173$ ve $p=0.391$). Diğer sosyo-demografik özelliklerden biri olarak sorgulanan psikiyatri başvurusu ve herhangi bir psikiyatrik tanı alma özelliği yönünden de Özgül Fobi alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0.645$). Özgül Fobi kategorilerinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi Tablo 7 ve Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 7. Özgül Fobi alt tiplerinin kategorik yapıdaki sosyodemografik özellikleri (n=40)

		Hayvan alt tipi	Kan-enjeksiyon yaralanma alt tipi	Doğal-Durumsal alt tipi	p
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	11(91.7) _a	4(66.7) _{a,b}	11(50.0) _b	0,049
	Erkek	1(8.3) _a	2(33.3) _{a,b}	11(50.0) _b	
Medeni Durum	Evli	4(33.3) _a	4(66.7) _{a,b}	17(77.3) _b	0,049
	Bekar	8(66.7) _a	2(33.3) _{a,b}	5(22.7) _b	
Meslek	Memur	5(41.7)	1(16.7)	1(4.5)	0.192
	İşçi	1(8.3)	0(0.0)	9(40.9)	
	Öğrenci	3(25.0)	2(33.3)	1(4.5)	
	Ev hanımı	2(16.7)	2(33.3)	5(22.7)	
	Diğer *	1(8.3)	1(16.7)	6(27.3)	
Yerleşim Yeri	Kentsel	9(75.0)	6(100.0)	21(95.5)	0.173
	Kırsal	3(25.0)	0(0.0)	1(4.5)	
Aylık ortalama gelir algısı	Kötü	1(8.3)	0(0.0)	1(4.5)	0.391
	Orta	8(66.7)	2(33.3)	15(68.2)	
	İyi	3(25.0)	4(66.7)	6(27.3)	
Toplam		12(30.0)	6(15.0)	22(55.0)	

*: emekli, esnaf, mühendis, çiftçi ve işsiz.

Tablo 8. Özgül Fobi grubunun fobi alt gruplarında göre sürekli yapıdaki sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi (n=40)

	Hayvan alt tipi (n=12) (Med±SS)	Kan-enjeksiyon yaralanma alt tipi (n=6) (Med±SS)	Doğal-durumsal alt tip (n=22) (Med±SS)	p
Yaş	25.0±8.6	26.0±11.1	38.5±13.4	0.003
Eğitim yılı	17.0±5.7	13.5±5.3	11.0±4.4	0.357
Anne eğitim yılı	5.0±3.7	7.0±4.7	5.0±3.5	0.037
Baba eğitim yılı	8.0±3.7	11.5±3.9	5.0±4.8	0.014
Kardeş sayısı	3.7±2.0	3.0±2.8	3.5±1.7	0.018

Med±SS: Medyan±Standart Sapma

4.2. Grupların Dürtüsellik Özellikleri

Grupların dürtüsellik özelliklerinin karşılaştırılmasında toplam dürtüsellik puanı için BDÖ-11 ve dürtüsellik alt ölçek puanları için ise BDÖ-11 kısa form kullanılmıştır. Grupların dürtüsellik puanları istatistiksel yöntemlerle yaşa göre düzeltilerek karşılaştırılmıştır. BDÖ-11 toplam puan ortalaması (±SS), Sosyal Fobi grubundaki katılımcıların 59.9±9.0, Agorafobi grubundaki katılımcıların 59.8±8.6, Özgül Fobi grubundaki katılımcıların 56.6±9.1, kontrol grubundaki katılımcıların ise 53.5±8.2 olarak bulunmuştur. Buna göre; Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarında ölçülen toplam BDÖ-11 ortalama puanları kontrol

grubunun toplam BDÖ-11 ortalama puanından anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.007$).

Grupların motor dürtüsellik, dikkat dürtüselligi ve plansızlık dürtüselligi alt ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (sırasıyla, $p=0.386$, $p=0.493$ ve $p=0.400$). Grupların BDÖ-11 puanları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Grupların BDÖ-11 toplam puan ve BDÖ-11 kısa form alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması

	Sosyal Fobi (n=42)		Agorafobi (n=27)		Özgül Fobi (n=40)		Kontrol Grubu (n=51)		p
	Ort±SS	Min-max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	
Motor Dürtüsellik*	8.6±2.8	3.0-16.0	8.3±2.8	4.0-15.0	8.0±2.9	4.0-18.0	7.6±2.3	4.0-13.0	0.386
Dikkat Dürtüselligi*	8.8±2.4	5.0-14.0	8.5±2.2	5.0-14.0	8.7±2.7	5.0-17.0	8.2±2.4	5.0-17.0	0.493
Plansızlık Dürtüselligi*	10.4±2.3	5.0-15.0	10.7±2.7	7.0-16.0	9.9±2.8	5.0-17.0	9.7±2.8	5.0-19.0	0.400
Toplam Dürtüsellik**	59.9±9.0	42.0-80.0	59.8±8.6	44.0-76.0	56.6±9.1	40.0-84.0	53.5±8.2	39.0-73.0	0.002

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maximum Değer

*: BDÖ-11 kısa formuna göre hesaplanmış alt ölçek puanları, **: BDÖ-11 Toplam Puanı

Her dört grubun sosyo-demografik özelliklerinin dürtüsellik puanları ile ilişkisi ayrı ayrı incelendiğinde; Sosyal Fobi grubunda cinsiyet, medeni hal, yerleşim yeri, aylık ortalama gelir, yaş, bireyin eğitim yılı, anne eğitim yılı ve

kardeş sayısının BDÖ-11 puanları ile ilişkili olmadığı ancak bireyin baba eğitim yılı ile motor ($p=0.005$ ve $r=0.423$) ve dikkat dürtüsellığı arasında pozitif korelasyon bulunduğu saptanmıştır ($p=0.027$ ve $r=0.341$).

Agorafobi grubunda ise; cinsiyet açısından değerlendirmede; erkeklerin motor dürtüsellik (10.0 ± 2.8) ve dikkat dürtüsellığı (10.0 ± 2.4) puan ortalamaları kadınların motor dürtüsellik (7.0 ± 2.1) ve dikkat dürtüsellığı (7.0 ± 1.8) puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.002$ ve $p=0.024$). Ayrıca Agorafobi grubunda kişinin eğitim düzeyi ile plansızlık dürtüsellığı puanı arasında negatif korelasyon mevcuttur ($p=0.035$ ve $r=-0.407$).

Özgül fobi grubunda; yaşla dikkat dürtüsellığı ($p=0.042$ ve $r=0.323$) ve toplam BDÖ-11 puanları arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p=0.045$ ve $r=0.318$). Özgül fobi grubunda ayrıca kişinin eğitim yılı ile dikkat dürtüsellığı ($p=0.043$ ve $r=-0.322$) ve toplam BDÖ-11 puanları arasında ise negatif korelasyon vardır ($p=0.011$ ve $r=-0.399$).

Özgül Fobi grubunda alt tiplerinin BDÖ-11 değerlendirmesine göre; hayvan tipi Özgül Fobi'si bulunan katılımcıların ortalama toplam BDÖ-11 puanları diğer fobi alt tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur ($p=0.027$). Özgül Fobi grubunun fobi alt tiplerinin BDÖ-11 puanlarına göre incelenmesi Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Özgül Fobi grubunun fobi alt tiplerinin BDÖ-11 puanlarına göre incelenmesi (n=40)

	Hayvan alt tipi		Kan-enjeksiyon yaralanma alt tipi		Doğal ve durumsal alt tip		p
	Med±SS	Min- Max	Med±SS	Min- Max	Med±SS	Min- Max	
Motor Dürtüsellik*	7.0±1.7	4.0- 10.0	7.5±5.3	5.0- 18.0	8.0±2.6	5.0- 13.0	0.580
Dikkat Dürtüsellığı*	7.0±1.5	5.0- 11.0	10.0±1.6	6.0- 10.0	8.0±3.2	6.0- 17.0	0.110
Plansızlık Dürtüsellığı*	8.5±2.5	3.0- 13.0	8.5±2.3	7.0- 12.0	10.0±2.9	5.0- 17.0	0.283
Toplam Dürtüsellik**	50.0±7.2	43.0- 70.0	57.0±10.2	40.0- 67.0	57.0±8.9	49.0- 84.0	0.027

Med±SS: Medyan değer±Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maximum Değer *:Barrat Dürtüsellik Kısa Ölçeğine Göre hesaplanmış alt ölçek puanları, **:Barrat Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı

4.3. Grupların Anksiyete Duyarlılığı Özellikleri

Grupların anksiyete duyarlılığı özelliklerinin karşılaştırılmasında ADI-3 toplam ve alt ölçek puanları istatistiksel yöntemlerle yaşa göre düzeltilerek analiz edilmiştir. Gruplar toplam ADI-3 ortalama puanına göre karşılaştırıldığında Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarında ölçülen toplam ADI-3 ortalama puanları kontrol grubunun toplam ADI-3 ortalama puanından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0.001, p=0.001 ve p=0.019). Gruplar arasında toplam ADI-3 ortalama puanı tekrar incelendiğinde; Sosyal Fobi grubunun toplam ADI-3 ortalama puanı Özgül Fobi grubunun toplam ADI-3 ortalama puanından da anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur (p=0.001).

ADI-3 alt ölçek puanları bakımından gruplar incelendiğinde; Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarında ölçülen Fiziksel ADI-3 alt ölçek ortalama puanları kontrol grubunun fiziksel ADI-3 ortalama puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.001$ ve $p=0.015$). İlaveten Agorafobi grubunun fiziksel ADI-3 ortalama puanının Özgül Fobi grubunda ölçülen fiziksel ADI-3 ortalama puanından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu da görülmüştür ($p=0.008$).

Sosyal Fobi grubunun toplumsal ADI-3 ortalama puanı diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ($p=0.001$). Ayrıca Agorafobi grubunun toplumsal ADI-3 ortalama puanı da kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.035$).

Agorafobi grubunun bilişsel ADI-3 ortalama puanı kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunurken ($p=0.001$), Sosyal Fobi grubunun bilişsel ADI-3 ortalama puanı hem kontrol grubundan hem de Özgül Fobi grubundan anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.001$). Grupların ADI-3 ortalama puanları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Grupların ADI-3 toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Sosyal Fobi (n=42)		Agorafobi (n=27)		Özgül Fobi (n=40)		Kontrol Grubu (n=51)		p
	Ort± SS	Min- Max	Ort± SS	Min- Max	Ort± SS	Min- Max	Ort± SS	Min- Max	
Fiziksel ADI-3*	10.5 ±62	0.0- 22.0	13.1 ±6,3	0.0- 24.0	8.8± 6,7	0.0- 23.0	5.1± 5.6	0.0- 24.0	<0.001
Toplumsal ADI-3*	15.5 ±51	4.0- 24.0	9.1± 6,6	0.0- 21.0	8.3± 4,8	0.0- 19.0	6.0± 5,3	0.0- 20.0	<0.001
Bilişsel ADI-3*	10.2 ±58	0.0- 23.0	8.4± 6,2	0.0- 21.0	5.9± 4,9	0.0- 15.0	3.5± 4,4	0.0- 20.0	<0.001
Toplam ADI-3*	36.2± 13,8	10.0- 63.0	30.7± 17,8	1.0- 65.0	23.3± 13,8	2.0- 55.0	14.6± 14,7	0.0- 69.0	<0.001

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi- 3

Grupların ayrı ayrı sosyo-demografik özelliklerinin ADI-3 puanlarıyla ilişkisi incelendiğinde Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarında yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık ortalama gelir algısı, eğitim yılı, anne ve baba eğitim yılı ve kardeş sayısı özelliklerinin ADI-3 ilişkisinde anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yalnızca Agorafobi grubunda kentsel yerleşim gösterenlerin fiziksel (14.0±6.1), bilişsel (10.0±6.1) ve toplam (33.0±17.9) ADI-3 puanları kırsal yerleşim gösterenlerin fiziksel (7.5±4.5), bilişsel (2.5±3.0) ve toplam (15.5±11.9) ADI-3 puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla, p=0.026, p=0.012 ve p=0.044). Meslek özellikleri açısından ise bazı gruplarda katılımcı sayısı çok düşük olduğundan karşılaştırma yapılamamıştır.

Sigara kullanım özelliğine göre grupların ADI-3 puanları incelendiğinde sigara kullanımı bildirmeyen Sosyal Fobi hastalarının bilişsel ve toplam ADI-3 ortalama puanlarının bildirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p= 0.009$ ve $p=0.036$).

Özgül Fobi alt gruplarının ADI-3 puanları açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunamamıştır. Özgül Fobi alt gruplarının ADI-3 puanları açısından karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Özgül Fobi alt gruplarının ADI-3 puanlarına göre incelenmesi (n=40)

	Hayvan alt tipi		Kan-enjeksiyon yaralanma alt tipi		Doğal ve Durumsal alt tip		p
	Med±SS	Min-Max	Med ±SS	Min-Max	Med±SS	Min-Max	
Fiziksel ADI-3	6.0±5.9	1.0-22.0	5.0±6.7	0.0-18.0	7.0±6.7	0.0-22.0	0.306
Toplumsal ADI-3	9.0±4.3	0.0-16.0	5.5±4.9	2.0-16.0	8.0±4.8	0.0-19.0	0.492
Bilişsel ADI-3	5.0±4.6	1.0-13.0	6.5±3.5	0.0-9.0	4.5±5.4	0.0-16.0	0.881
Toplam ADI-3	10.0±7.0	4.0-37.0	21.5±13.7	2.0-39.0	21.0±15.9	2.0-55.0	0.956

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

4.4. Grupların Kendine Zarar Verme Davranışı Özellikleri

Grupların KZVD özelliklerinin karşılaştırılmasında KZVDDE'nin *davranışlar alt ölçeği* ve *işlevler alt ölçeğinin toplam işlev, otonom ve sosyal işlev* puanları kullanıldı. KZVDDE toplam ve alt ölçek puanları istatistiksel yöntemlerle yaşa göre düzeltilerek analiz edilmiştir.

Sosyal Fobi grubundan 16 kişi (%38.9), Agorafobi grubundan 7 kişi (%25.2), Özgül Fobi grubundan 14 kişi (%33.3) ve kontrol grubundan 6 kişi (%11.7) KZVD tarama sorularına evet yanıtı vererek KZVD öyküsü bildirmiştir. Tüm gruplarda en sık bildirilen KZVD '*yara iyileşmesine engel olma*' olurken diğer sık bildirilen KZVD' ları saç koparma, ısırma ve vurma olduğu görülmüştür. KZVD bildiren katılımcıların KZVD özellikleri Tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13. Grupların KZVD özellikleri

KZVD özellik	Sosyal Fobi	Agorafobi	Özgül Fobi	Kontrol grubu
	(n=16)	(n=7)	(n=14)	(n=6)
	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)	Sayı(%)
Kesme	1(4.0)	1(6.6)	1(4.0)	1(9.9)
Isırma	3(12.0)	2(13.2)	1(4.0)	-
Kazıma	-	-	2(8.0)	1(9.9)
Saç Kopartma	4(16.0)	2(13.2)	1(4.0)	1(9.9)
Tırnaklama	-	1(6.6)	3(12.0)	1(9.9)
Vurma	3(12.0)	2(13.2)	2(8.0)	1(9.9)
Yara iyileşmesini engelleme	12(48.0)	6(39.6)	12(48.0)	6(59.4)
Diğer*	2(8.0)	-	3(12.0)	-

*: yakma, çimdikleme, sürtme, iğne vb. batırma

Gruplardaki denek sayısı yetersiz olduğu için gruplar arasında karşılaştırma yapılamamıştır.

Her gruptan KZVD bildiren katılımcı sayısı az kişi olduğundan sosyo-demografik özelliklerle KZVD özellikleri arasındaki ilişki sınırlı özellik arasında incelenebilmiştir. Örneğin; tüm gruplarda cinsiyetle KZVD bildiren katılımcı sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (her grup için $p>0.05$). Sosyal Fobi grubunda sigara içen katılımcılarda KZVD sıklığı, içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.033$).

Gruplar KZVD için tedaviye başvurma özelliklerine göre incelendiğinde; kontrol grubundan KZVD bildiren 6 kişinin KZVD için tedaviye başvuru sıklığı %100 iken; bu oran Sosyal Fobi grubunda %50.0, Agorafobi grubunda %42.9 Özgül Fobi grubunda ise %57.1 olarak bulunmuştur ($p=0.130$).

Sosyal Fobi, Agorafobi ve kontrol grubundan KZVD bildirenlerin tamamı (%100) eylemi ilk düşünce geliştikten bir saat içerisinde yaptığını belirtirken; Özgül Fobi grubundan KZVD bildirenlerde ise eylem süresini ilk 1 saat olarak bildirenlerin oranı %57.1 olmuştur ($p=0.130$). Gruplar arasında KZVD sırasında acı hissetme ve KZVD sırasında yalnız olma özellikleri bakımından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamamıştır (sırasıyla, $p=0.847$ ve $p=0.276$).

Grupların KZVD'lerinin işlev puanı açısından değerlendirilmesi sonucunda gruplar arasında KZVDDE sosyal, otonom ve toplam işlev puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmüştür (sırasıyla; $p=0.034$, $p=0.030$ ve $p=0.025$). Bu farklılık gruplar arasında yeniden incelendiğinde; Sosyal Fobi grubunun KZVDDE sosyal işlev puan ortalaması 7.0 ± 7.0 olup, Agorafobi (4.0 ± 1.1) ve Özgül Fobi (3.0 ± 4.2) gruplarının KZVDDE sosyal işlev puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla $p=0.021$, $p=0.008$). Sosyal Fobi grubunda ölçülen KZVDDE otonom işlev puan ortalaması ise 10.0 ± 5.9 olup, Agorafobi (4.0 ± 3.1) ve Özgül Fobi (3.0 ± 2.7) ve kontrol (5.0 ± 4.1) gruplarının KZVDDE otonom işlev puan ortalamalarından da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla; $p=0.050$, $p=0.006$ ve $p=0.043$).

Sosyal Fobi grubunun KZVDDE toplam işlev puan ortalaması 18.0 ± 13.6 olup, Agorafobi (9.0 ± 3.9) ve Özgül Fobi (9.9 ± 5.9) gruplarının KZVDDE toplam işlev puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir

(sırasıyla $p=0.025$, $p=0.005$). Grupların KZVDDE sosyal işlev, otonom işlev ve toplam işlev puanları bakımından karşılaştırılması Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Grupların KZVDDE sosyal işlev, otonom işlev ve toplam işlev puanları bakımından karşılaştırılması

	Sosyal Fobi (n=25)		Agorafobi (n=15)		Özgül Fobi (n=25)		Kontrol grubu (n=11)		p
	Med±SS	Min- Max	Med±SS	Min- Max	Med±SS	Min- Max	Med±SS	Min- Max	
KZVDDE sosyal işlev	7.0±7.0	0.0- 20.0	4.0±1.1	2.0- 5.0	3.0±4.2	0.0- 13.0	4.5±6.6	0.0- 16.0	0.034
KZVDDE otonom işlev	10.0±5.9	0.0- 20.0	4.0±3.1	2.0- 9.0	3.0±2.7	0.0- 10.0	5.0±4.1	0.0- 11.0	0.030
KZVDDE toplam işlev	18.0±13.6	1.0- 44.0	9.0±3.9	4.0- 14.0	9.9±5.9	1.0- 19.0	7.5±10.4	0.0- 24.0	0.025

Med: Median, SS: Standart Sapma, Min: Minimum Değer, Max: Maximum Değer

KZVDDE: Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri

KZVDDE işlev puanlarının grupların sosyo-demografik özelliklerine göre incelenmesi sonucunda ise yalnızca Özgül Fobi grubunda; bireyin kendi eğitim düzeyi ile KZVDDE otonom işlev puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=-0.555$, $p=0.032$). Diğer grupların sosyo-demografik özellikleriyle KZVDDE özellik ve işlev puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Katılımcıların KZVD’lerinin alt işlev bakımından incelenmesinde tüm grupların KZVD’yi en fazla *affekt regülasyonunu* sağlamak için kullandıkları

bunu; *sıkıntı etiketleme, intikam alma, kendisiyle ilgilenme* gibi alt işlevlerin izlediği görülmüştür. Gruplarda yeterli katılımcı sağlanamadığından gruplar arasında alt işlev özellikleri bakımından karşılaştırma yapılamamıştır. KZVD bildiren katılımcıların KZVD işlevleri bakımından envantere yer alan işlevleri tercih eden birey sayıları Tablo 15’de gösterilmiştir.



Tablo 15. KZVD işlev ve alt işlev özelliklerini tercih eden katılımcı sayısı

İşlev	Alt işlev	Sosyal Fobi (n=16)	Agorafobi (n=7)	Özgül Fobi (n=14)	Kontrol grubu (n=6)
Otonom işlev	Affekt regülasyonu	15	6	10	3
	Özkıyımı önleme	6	-	1	-
	Sıkıntı etiketleme	12	4	7	4
	Cezalandırma	7	5	5	3
	Çözülme önleme	9	3	7	2
Sosyal işlev	Kişilerarası sınır	5	5	3	1
	Kişilerarası etkileşim	4	1	1	3
	İntikam alma	8	4	6	2
	Heyecan arama	7	1	4	4
	Akranla bağ kurma	1	1	2	1
	Dayanıklılık	8	4	5	1
	Özerklik	6	5	4	1
	Kendisiyle ilgilenme	10	1	8	4

KZVD: Kendine zarar verme davranışı

4.5. Gruplarda Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin İlişkisi

4.5.1. Sosyal Fobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi

Sosyal Fobi grubunda BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları ile ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Benzer şekilde KZVD bildiren Sosyal Fobi hastalarının KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile ayrı ayrı BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları ve ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

4.5.2. Agorafobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi

Agorafobi grubunda BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları ile ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanlarının ilişkisi istatistiksel olarak analiz edildiğinde; dikkat dürtüsellığı ile bilişsel ADI-3 arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.397$, $p=0.040$) (Tablo 16).

Tablo 16. Agorafobi Grubunun BDÖ-11 ve ADI-3 ilişkilerinin İncelenmesi (n=27)

		Fiziksel ADI-3	Toplumsal ADI-3	Bilişsel ADI-3	Toplam ADI-3
Motor Dürtüsellik*	r	0.190	-0.096	0.214	0.106
	p	0.343	0.633	0.285	0.598
Dikkat Dürtüselligi*	r	0.211	0.290	0.397	0.321
	p	0.290	0.142	0.040	0.103
Plansızlık Dürtüselligi*	r	0.028	0.051	-0.087	-0.002
	p	0.889	0.802	0.667	0.994
Toplam Dürtüsellik Puanı**	r	0.004	-0.108	0.096	-0.005
	p	0.985	0.591	0.634	0.980

*:Barrat Dürtüsellik Kısa Ölçeğine Göre hesaplanmış alt ölçek puanları **:Barrat Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Agorafobi grubunda KZVD bildiren katılımcıların KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları ilişkisi incelendiğinde; Toplam BDÖ-11 puanı ile KZVDDE sosyal işlev alt ölçeği arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.792$, $p=0.034$) (Tablo 17).

Tablo 17. Agorafobi Grubunda KZVD bildiren katılımcıların BDÖ-11 ve KZVDDE İşlev Puanlarının İncelenmesi (n=7)

		KZVDDE Sosyal işlev	KZVDDE Otonom işlev	KZVDDE Toplam İşlev
Motor Dürtüsellik*	r	0.350	0.559	0.549
	p	0.442	0.192	0.201
Dikkat Dürtüselligi*	r	0.581	0.617	0.663
	p	0.171	0,140	0.105
Plansızlık Dürtüselligi*	r	0.536	-0.160	0.027
	p	0.215	0.731	0.954
Toplam Dürtüsellik Puanı**	r	0.792	0.391	0.543
	p	0.034	0.386	0.208

*:Barrat Dürtüsellik Kısa Ölçeğine Göre hesaplanmış alt ölçek puanları **:Barrat Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı, KZVDDE: Kendine Zarar verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, KZVD: Kendine Zarar verme Davranışı, BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği

Agorafobi grubunda KZVD bildiren katılımcıların KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde; Bilişsel ADI-3 alt ölçek puanı ile KZVDDE otonom işlev alt ölçeği ($r=0.845$, $p=0.017$) ve KZVDDE toplam işlev puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.784$, $p=0.037$) (Tablo 18).

Tablo 18. Agorafobi Grubunda KZVD bildirenlerin ADI-3 ve KZVDDE İşlev Puanları ile ilişkisi (n=7)

		KZVDDE Sosyal işlev	KZVDDE Otonom işlev	KZVDDE Toplam İşlev
Fiziksel ADI-3	r	0.226	0.687	0.616
	p	0.626	0.088	0.141
Toplumsal ADI-3	r	0.450	0.638	0.642
	p	0.312	0.123	0.120
Bilişsel ADI-3	r	0.371	0.845	0.784
	p	0.413	0.017	0.037
Toplam ADI-3	r	0.318	0.617	0.679
	p	0.487	0.140	0.094

KZVDDE: Kendine Zarar verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, KZVD: Kendine Zarar verme Davranışı ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

4.5.3. Özgül Fobi grubunda dürtüsellik, anksiyete duyarlılığı ve kendine zarar verme davranışı özelliklerinin ilişkisi

Özgül Fobi grubunda BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları ile ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

KZVD bildiren Özgül Fobi hastalarının KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile BDÖ-11 toplam puan ve alt ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). KZVD bildiren Özgül Fobi hastalarının KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile ADI-3 toplam puan ve alt ölçek puanlarının ilişkisi incelendiğinde; Bilişsel ADI-3 puanlarının hem KZVDDE otonom işlev puanı ($r=0.533$, $p=0.041$) hem de KZVDDE toplam işlev puanı ile pozitif korelasyon gösterdiği bulunmuştur ($r=0.617$, $p=0.014$)

(Tablo-19). Ayrıca toplam ADI-3 puanı ile KZVDDE sosyal işlev puanı arasında da pozitif korelasyon vardır ($r=0.514$, $p=0.050$).

Tablo 19. Özgül Fobi grubunda KZVD bildirenlerin ADI-3 ve KZVDDE işlev puanlarının ilişkisi (n=15)

		KZVDDE Sosyal işlev	KZVDDE Otonom işlev	KZVDDE Toplam İşlev
Fiziksel ADI-3	r	0.153	-0.221	0.008
	p	0.587	0.429	0.977
Toplumsal ADI-3	r	0.383	0.270	0.394
	p	0.159	0.331	0.146
Bilişsel ADI-3	r	0.529	0.533	0.617
	p	0.043	0.041	0.014
Toplam ADI-3	r	0.514	0.444	0.478
	p	0.050	0.098	0.071

KZVDDE: Kendine Zarar verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, KZVD: Kendine Zarar verme Davranışı

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

4.6. Sosyal Fobi Grubunda LSFÖ Puanları

4.6.1. Sosyal Fobi Grubunda Sosyo-demografik Özelliklerin LSFÖ Puanları ile İlişkisi

Sosyal Fobi grubunun hastalık şiddetini belirlemek için LSFÖ *toplam puanı*, *kayı ve kaçınma alt ölçek* puanları kullanıldı. Sosyal Fobi grubunun %61.9'nu öğrenciler oluşturduğundan ve diğer meslek gruplarında yeterli katılımcı bulunmadığından meslek grupları arasında LSFÖ puanları bakımından karşılaştırma yapılamamıştır. Cinsiyet, medeni hal, aylık ortalama gelir algısı,

yerleşim yeri, yaş, kardeş sayısı ve bireyin kendi eğitim süresi ile LSFÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak bireyin ayrı ayrı anne eğitim yılı ve baba eğitim yılı ile LSFÖ kaçınma puanı arasında negatif korelasyon bulunmuştur (sırasıyla; $r=-0.334$, $p=0.031$ ve $r=-0.357$, $p=0.020$). Ayrıca anne eğitim yılı ile LSFÖ toplam puanı arasında da negatif korelasyon mevcuttur ($r=-0.306$, $p=0.049$). Sosyal Fobi grubunun LSFÖ ile kategorik yapıdaki sosyo-demografik özelliklerin ilişkisi Tablo-20’de sürekli yapıda sosyo-demografik özelliklerin ilişkisi ise Tablo-21’de verilmiştir.



Tablo 20. Sosyal Fobi grubunda LSFBO kaygı, kaçınma ve toplam puanlarının kategorik yapıdaki sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi

		LSFBÖ Kaygı puanı (Med±SS)	p	LSFBÖ Kaçınma puanı (Med±SS)	p	LSFBÖ Toplam puan (Med±SS)	p
Cinsiyet	Kadın	58.0±14.9	0,517	47.5±14.6	0,693	104.5±27.8	0.585
	Erkek	50.0±13.8		45.5±15.2		97.0±28.1	
Medeni hal	Evli	49.5±18.8	0,718	50.5±18.6	0,671	100.5±36.4	0.962
	Bekar	54.0±13.2		45.5±13.6		98.0±25.9	
Meslek	Memur	40.0±26.8	-	37.0±27.2	-	77.0±53.9	
	İşçi	61.0±15.6		69.0±14.6		129.5±29.8	
	Ev hanımı	52.0±9.8		45.5±6.3		96.0±20.2	
	Öğrenci	52.0±11.8		45.0±9.3		97.5±3.5	
	Diğer	61.0±14.7		49.5±18.7		110.5±32.0	
Yerleşim yeri	Kentsel	54.0±13.7	0,508	45.0±13.2	0,114	96.0±26.2	0.217
	Kırsal	53.0±17.2		62.0±18.3		111.0±34.6	
Aylık ortalama gelir algısı	Kötü	59.0±13.2	0,459	51.0±16.5	0,664	112.0±28.7	0.486
	Orta	51.5±14.1		45.5±15.1		97.0±28.3	
	iyi	48.0±16.4		44.0±10.9		93.0±26.6	

Med±SS: Medyan değer ± Standart Sapma, Diğer: emekli, esnaf, mühendis, çiftçi ve işsiz

LSFBÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Tablo 21. Sosyal Fobi grubunda LSFÖ kaygı, kaçınma ve toplam puanlarının sürekli yapıdaki sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi

		LSFBÖ Kaygı puanı	LSFBÖ Kaçınma puanı	LSFBÖ Toplam puan
Yaş	r	0.039	0.111	0.081
	p	0.805	0.483	0.608
Eğitim yılı	r	-0.254	-0.122	-0.189
	p	0.105	0.441	0.230
Anne eğitim yılı	r	-0.135	-0.334	-0.306
	p	0.392	0.031	0.049
Baba eğitim yılı	r	-0.265	-0.357	-0.226
	p	0.090	0.020	0.149
Kardeş sayısı	r	-0.117	-0.122	-0.189
	p	0.459	0.441	0.230

LSFBÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Sosyal Fobi grubundaki bireylerin sigara ve alkol kullanımı ve daha önceki psikiyatri başvurusu ve ek psikiyatrik hastalık tanı öyküsü ile LSFÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sosyal Fobi grubunda daha önce intihar girişimi öyküsü olan yalnızca 2 katılımcı yer aldığından LSFÖ toplam puanları ile intihar girişimi arasındaki ilişki incelenememiştir.

4.6.2. Sosyal Fobi Grubunda LSFÖ Puanları ile Dürtüsellik İlişkisi

Sosyal Fobi grubunun hastalık şiddeti ile dürtüsellik özelliklerinin ilişkisini ortaya koymak üzere BDÖ-11 ile LSFÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Uygulanan varyans analizi sonucunda BDÖ-11 alt ölçeklerinden dikkat dürtüselligi puanı ile LSFÖ kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=-0.353$, $p=0.022$). Sosyal Fobi grubunun BDÖ-11 ve LSFÖ ilişkisi Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Sosyal Fobi Grubunda LSFÖ kaygı, kaçınma ve toplam puanlarının BDÖ-11 ilişkisi (n=42)

		LSFÖ Kaygı puanı	LSFÖ Kaçınma puanı	LSFÖ Toplam puan
Motor Dürtüsellik*	r	-0.016	-0.258	-0.108
	p	0.918	0.100	0.497
Dikkat Dürtüselligi*	r	-0.189	-0.353	-0.264
	p	0.231	0.022	0.091
Plansızlık Dürtüselligi*	r	-0.022	-0.050	-0.048
	p	0.890	0.751	0.764
Toplam Dürtüsellik Puanı**	r	0.108	-0.089	0.032
	p	0.498	0.576	0.842

BDÖ-11: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, LSFÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

*:Barrat Dürtüsellik Kısa Ölçeğine Göre hesaplanmış alt ölçek puanları, **:Barrat Dürtüsellik Ölçeği Toplam Puanı

4.6.3. Sosyal Fobi Grubunda LSFÖ Puanları ile Anksiyete Duyarlılığı İlişkisi

Sosyal Fobi grubunun hastalık şiddeti ile anksiyete duyarlılığı ilişkisini ortaya koymak üzere ADI-3 ile LSFÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Uygulanan varyans analizi sonucunda ADI-3 alt ölçeklerinden fiziksel ADI-3 puanı haricinde tüm alt ölçek puanları ve toplam ADI-3 puanı ile LSFÖ toplam, kaygı ve kaçınma alt ölçek puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur. Sosyal Fobi grubunda LSFÖ puanları ile anksiyete duyarlılığı ilişkisi Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23. Sosyal Fobi grubunda LSFÖ kaygı, kaçınma ve toplam puanlarının ADI-3 ile ilişkisi (n=42)

		LSFÖ Kaygı puanı	LSFÖ Kaçınma puanı	LSFÖ Toplam puan
Fiziksel ADI-3	r	-0.007	0.090	0.014
	p	0.963	0.569	0.931
Toplumsal ADI-3	r	0.400	0.430	0.427
	p	0.009	0.004	0.005
Bilişsel ADI-3	r	0.419	0.412	0.434
	p	0.006	0.007	0.004
Toplam ADI-3	r	0.326	0.375	0.351
	p	0.035	0.015	0.023

ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, LSFÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

4.6.4. Sosyal Fobi Grubunda LSFÖ Puanları ile KZVD İlişkisi

Sosyal Fobi grubunun hastalık şiddeti ile KZVD özelliklerinin ilişkisini ortaya koymak üzere KZVDDE ile LSFÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. KZVD bildiren Sosyal Fobi hastalarında KZVD için tedaviye başvuranların ortalama LSFÖ toplam puanı 97.0 ± 28.8 bulunurken tedaviye başvurmeyenlerin ortalama LSFÖ toplam puanı 105.0 ± 22.9 olarak bulunmuştur ($p=0.574$). Sosyal Fobi grubunda KZVD için, dürtü eylem süresi, eylem sırasında yalnız olma vb. özelliklerin LSFÖ puanları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki içerisinde olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Sosyal Fobi grubunda KZVD olan katılımcıların LSFÖ kaygı, kaçınma alt ölçek ve toplam puanlarının; KZVDDE toplam, otonom ve sosyal işlev puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sosyal Fobi grubunda KZVD olan katılımcıların LSFÖ kaygı, kaçınma alt ölçek ve toplam puanlarının KZVDDE puanları ile ilişkisi Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Sosyal Fobi grubunda KZVD olan katılımcıların LSFÖÖ kaygı, kaçınma alt ölçek ve toplam puanlarının KZVDDE puanları ile ilişkisi (n=16)

		LSFBÖ Kaygı puanı	LSFBÖ Kaçınma puanı	LSFBÖ Toplam puan
KZVDEE sosyal işlev puanı	r	0.176	0.028	0.199
	p	0.515	0.919	0.461
KZVDEE otonom işlev puanı	r	-0.141	-0.359	-0.139
	p	0.602	0.173	0.608
KZVDEE toplam işlev puanı	r	-0.021	-0.227	-0.016
	p	0.939	0.397	0.952

KZVDDE: Kendine Zarar verme Davranışı Değerlendirme Envanteri, LSFÖÖ: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, KZVD: kendine zarar verme davranışı

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada Anksiyete Bozuklukları içerisinde yer alan ancak diğer Anksiyete Bozuklukları'ndan farklı bir takım ortak klinik ve etiyolojik özellikleri olan Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgöl Fobi hastalarıyla sağlıklı kontrollerin dürtüsellik, KZVD ve anksiyete duyarlılığı özellikleri öz bildirim ölçekleri aracılığıyla karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Araştırmada ayrıca Sosyal Fobi hastalarının hastalık belirtilerinin şiddeti ile dürtüsellik, KZVD ve anksiyete duyarlılığı özellikleri arasındaki ilişki de incelenmiştir.

5.1. Grupların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; Sosyal Fobi grubunun yaş ortalamasının diğer gruplara göre düşük, Agorafobi grubunun yaş ortalamasının ise diğer gruplara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Grupların yaş medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildiğinden diğer bütün klinik ölçekler arası incelemeler kovaryans analizi ile yaşa göre düzeltilerek yapılmıştır. Grupların yaş ortalamaları arasındaki bu farklılık hem Sosyal Fobi ve Agorafobi'nin en sık görüldüğu yaş aralığı açısından, hem de hekime başvuru yaşları arasındaki farklılıklar açısından literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (17,33,130,131).

Anksiyete Bozuklukları içerisinde en erken başlangıç gösteren alt gruplar Özgöl Fobi ve Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğudur (130). Literatürde Özgöl Fobi'lerin genellikle erken çocukluk çağında, sosyal korkuların daha çok adolesan dönemde, Agorafobi'nin ise erken erişkinlik döneminde kazanılmış korkular olduğu bildirilmiştir (17,33,130,131). Başlangıç yaşı özelliklerine göre, hekime başvuru yaşının Özgöl Fobi ve Sosyal Fobi için daha erken dönemlerde, Agorafobi için ise daha ileri yaşlara denk gelmesi de beklenen bir sonuçtur. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmasa da gruplar arasında daha önceden psikiyatrik başvuru ve tanı alma öyküsü en düşük grubun Agorafobi (%3.7) olması da Agorafobik bireylerin hekime başvuru ve yardım

alma konusunda diğer gruplara göre daha düşük motivasyon sergilediklerini destekler bir bulgu olarak yorumlanabilir (Tablo 4).

Gruplar medeni durumlarına göre incelendiğinde; Agorafobi grubundaki evli bireylerin oranının (%85.2); Sosyal Fobi grubundaki evli bireylerin oranlarından (%19) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Meslek dağılımına göre ise Sosyal Fobi grubundaki katılımcıların meslek dağılımında ilk sırayı %61.9 ile öğrenciler alırken, Agorafobi grubunda ilk sırayı %48.1 ile ev hanımları almaktadır. Her iki bulgu birlikte değerlendirilecek olursa polikliniğimize başvurup Sosyal Fobi tanısı alan katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar ve öğrenci olan bireylerden oluştuğu söylenebilir. Agorafobi tanısını alan katılımcılar ise daha ileri yaşta evli ve çoğunlukla ev hanımı olan bireylerden oluşmaktadır. Bu durum yaş özellikleriyle benzer şekilde Sosyal Fobi'nin Agorafobiye göre daha erken yaşlarda başlaması ve daha erken tanı almasıyla ilişkili olabilir. Bu bulguya neden olabilecek başka bir etken de; öğrencilerin Sosyal Fobi'ye özgü toplum içinde konuşma ya da performans maruziyetinin daha fazla olması ve bu konuda yardım almak üzere hekime daha sık başvurmaları olarak düşünülmüştür.

Katılımcıların hiç birinin madde kullanım öyküsü beyan etmemesinin, kültürel olarak madde kullanımının sigara ve alkol kullanımına göre daha az kabul edilen bir durum olmasından doğan gizleme eğiliminden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bunun yanında gruplar arasında sigara ve alkol kullanımı açısından ise herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Grupların intihar öyküsüne göre değerlendirilmesinde Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamasına karşın Agorafobi grubunun kontrol grubundan daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Bu bulgu Agorafobi grubunun eğitim düzeyinin kontrol grubundan düşük olması ve eğitim düzeyi ile intihar arasında negatif yönde korelasyon olduğunun bilinmesi nedeniyle mevcut literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir (132,133).

Çalışmamızda Özgül Fobi grubunda da hayvan alt tipi Özgül Fobi'si olanların çoğunluğunun kadın ve diğer Özgül Fobiler'e göre daha genç bireyler olduğu görülmüştür. Anksiyete Bozuklukları'nın genelinde olduğu gibi Özgül

Fobi'lerle ilgili yapılan çalışmalarda da Özgül Fobi'lerin genellikle kadınlarda daha sık görüldüğüne dikkat çekilmiştir (134-138). Bazı çalışmalarda ise bu durumun hayvan, doğal çevre ve durumsal tip Özgül Fobiler için geçerli olduğu kan, enjeksiyon yaralanma alt tipinin ise daha sıklıkla erkeklerde görüldüğü ileri sürülmüştür (135-138). Çalışmamızda ayrıca hayvan alt tipi Özgül Fobi'si olan bireylerin yüksek oranda bekar, doğal-durumsal tip Özgül Fobisi olan bireylerin ise yüksek oranda evli olmaları da bu alt grupların ortalama yaş özellikleriyle ilişkili olarak ortaya çıkan bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

5.2. Grupların Dürtüsellik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Grupların dürtüsellik puanları istatistiksel yöntemlerle yaşa göre düzeltilerek incelenmiş olup BDÖ-11 toplam puanına göre yapılan karşılaştırmada Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarında ölçülen toplam BDÖ-11 ortalama puanlarının kontrol grubunun toplam BDÖ-11 ortalama puanından anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.007$). Grupların motor dürtüselligi, dikkat dürtüselligi ve plansızlık dürtüselligi alt ölçek puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla, $p=0.386$, $p=0.493$ ve $p=0.400$). Alt ölçek bazında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmasa da ölçeği Türkçe'ye çevirerek geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılar tarafından dürtüsellik değerlendirilmesi bakımından BDÖ-11 toplam puanının daha geçerli görülmesi nedeniyle Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarında toplam dürtüsellik puanlarının yüksek saptanması, anlamlı bir sonuç olarak değerlendirilmiştir (126,127).

Literatürde Anksiyete Bozuklukları'nın dürtüsellik özelliklerini inceleyen çalışmalar içerisinde Sosyal Fobik bireylerin bazılarının eşlik eden Duygu Durum Bozukluğu ya da Kişilik Bozukluğu ek tanısı olmadan da dürtüselliklerinin yüksek olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur (5,66,77). DSM-5'e kadar Agorafobi'nin tek başına ayrı bir tanı olarak değil, Panik Bozukluk ile birlikte gözlenen bir durum olarak kabul edilmesi nedeniyle Agorafobik bireylerin dürtüsellik özelliklerini inceleyen çalışmalar daha çok Agorafobi'nin eşlik ettiği Panik Bozukluk'ta dürtüselligi inceleyen çalışmalarla sınırlıdır (65-67,139). Oysa

Panik Bozukluk eşlik eden Agorafobi'den bağımsız olarak da dürtüsellikle ilişkili olduğu ortaya koyulmuş bir ruhsal bozukluktur (66). Panik Bozukluk'a eşlik etmeyen yalın Agorafobi grubunda dürtüsellik özelliklerini inceleyen bir araştırmaya literatürde rastlamadık. Bu nedenle çalışmamızın konuyla ilişkili sınırlı literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Del Carlo ve ark. Anksiyete Bozuklukları'nda dürtüsellik özellikleri ve ek psikiyatrik bozukluk tanılarını inceledikleri çalışmalarında; Agorafobili ve Agorafobisiz Panik Bozukluk, YAB veya Sosyal Fobi tanısı olan bireylerde Bech-Raphaelsen Depresyon Skalası, Hipomani Semptom Kontrol Listesi, Sürekli Kaygı Envanteri ve BDÖ-11 ölçekleri uygulanarak Agorafobili Panik Bozukluk ve Sosyal Fobi'nin de dahil olduğu hastalık gruplarında dürtüsellik sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışma sonucunda BDÖ-11 toplam ve tüm alt ölçek puanlarının hipomani ya da depresyon belirtileri ile korelasyonu bulunamamış ve bu sonuçtan da destekle Anksiyete Bozuklukları'nda eşlik eden duygu durum belirtilerinden bağımsız olarak dürtüsellik yüksek bulunabileceği ileri sürülmüştür (5).

Klinik örneklem dışı da Anksiyete Bozuklukları'nın dürtüsellikle ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur. Chamorro ve ark. 34.653 yetişkin hastadan oluşan toplum örneklemindeki katılımcıları dürtüsellik ve psikiyatrik hastalık eş tanısı açısından inceledikleri çalışmalarında katılımcılar dürtüsellik puanlarına göre 'dürtüseller' ve 'dürtüsel olmayanlar' olarak iki gruba ayrılmış ve sosyo-demografik özellikler, psikiyatrik tanılar, madde ve alkol kullanımı gibi özellikler de her iki grupta incelemiştir. Buna göre 'dürtüsel' grubun %41.8'inde herhangi bir Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunduğu diğer grupta ise bu oranının %25.2'de kaldığı görülmüştür. 'Dürtüsel' grubun %13.2'sinde Agorafobili Panik Bozukluk, %12.1'inde ise Sosyal Fobi tanısını karşılayan bireyler yer almaktadır. 'Dürtüsel olmayan' grupta ise bu oranlar %6.2 ve %5.9 dur. Bu çalışmanın sonucu da dürtüsellik yalnızca klinik örnekleme değil hekime başvurmamış ancak yine de bir Anksiyete Bozukluğu tanısını karşılayan bireylerde de yüksek gözlemlenebildiğini doğrulamaktadır (76).

Summerfeldt ve ark. çalışmasında ise yine BDÖ-11 ile çeşitli Anksiyete Bozukluğu bulunan bireylerin dürtüsellikleri incelenmiş ve Sosyal Fobi'si olan

bireyler ve Agorafobili/Agorafobisiz Panik Bozukluk'u bulunan bireylerin BDÖ-11 toplam puan, dikkat ve plansızlık alt ölçek puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak bulunmuştur (68). Bizim çalışmamızda eşlik eden Panik Bozukluk tanısı olmayan Agorafobik bireylerin de toplam dürtüsellik puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak saptanmıştır. Her üç çalışmanın toplam BDÖ-11 puanı açısından Sosyal Fobi ve Agorafobi grupları için bulguları çalışmamızın sonuçlarını desteklemekte olup, bizim çalışmamızda alt ölçek puanları arasında gruplar arasında farklılık bulunamamış olması; ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında alt ölçek ayırımındaki soruların faktör analizinin ilgili çalışmalardaki analizlerden farklı olmasından ve çalışmalarda yer alan Agorafobi tanılı bireylerin ek olarak Panik Bozukluk tanıları da mevcut olmasından kaynaklanabilir (68,76).

Diğer taraftan dürtüsellik özellikleri baskın bir takım Duygu Durum Bozuklukları'na da eşlik eden anksiyetenin dürtüsellik şiddeti ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar da mevcuttur. Dürtüsellikle ilişkisi gösterilmiş birçok ruhsal bozukluğa anksiyete belirtilerinin ya da Anksiyete Bozukluğu'nun eklenmesinin dürtüsellikle ilgili öz bildirim ve davranışsal değerlendirmelerde dürtüsellik puanlarını yükseltebildiği çalışmalarda gösterilmiştir. Taylor ve ark. 114 Bipolar Duygu Durum Bozukluğu hastasını BDÖ-11 skorlarını ve Anksiyete Bozukluğu eş tanılarını inceledikleri çalışmalarında Anksiyete Bozukluğu eş tanısı olan grubun diğer gruba göre dikkat, plansızlık ve toplam BDÖ-11 puanlarının diğer gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada Bipolar Duygu Durum Bozukluğu'nun dürtüsellik komponentinin daha çok motor dürtüsellik olduğu vurgulanmış ve eşlik eden Anksiyete Bozukluğu'nun bu hastalarda dürtüsellik farklı yönlerden artırabildiğine dikkat çekilmiştir (75). Dürtüsellik ve anksiyete ilişkisi tek bir etkenden ziyade birçok faktörle düzenlenen ve farklı klinik özellikler ortaya çıkarabilen karmaşık bir yapıya sahiptir.

Dürtüsellik, öngörülemezlik ve hostilite Cloniger'in üç boyutlu kişilik envanterinde yenilik arayışı alt boyutuyla ölçülen özelliklerdir (140). Kashdan ve ark. Sosyal Fobi hastalarının plansız, öfkeli, sabırsız davranışları kapsayan atipik özellikler sergileyen bir alt tipi olduğu sonucunu ileri sürdükleri

araştırmalarında Sosyal Fobi hastaları üç boyutlu kişilik envanterinin *yenilik arayışı* alt boyutu dürtüsellikle ilişkili kabul edilerek hastalar bu özelliğin varlığına göre iki gruba ayrılmıştır (141). *Yenilik arayışı düşük* özellikteki hastaların Sosyal Fobi'nin tipik davranış paterni olan riskten kaçınma ve davranışsal inhibisyonu sıklıkla kullandığı gözlenirken *yenilik arayışı yüksek* olan grubun tipik özelliklerden farklı olarak daha fazla risk alan ve kontrolsüz davranışlar sergileyen özellikleri olduğunu ileri sürmüşler aynı zamanda bu grubun daha fazla madde kullanımı ve riskli cinsel davranışlar, daha düşük eğitim ve gelir düzeyi, daha fazla işlevsellik kaybı ve daha fazla psikiyatrik eş tanı ile ilişkili olduğu sonucuna da ulaşmışlardır. Her iki alt grup arasında hastalık belirtilerinin şiddeti arasında ve ek Duygu Durum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu tanısı açısından ise anlamlı farklılık bulunmamıştır (141).

Aynı çalışma grubunun ikinci çalışmasında ise 679 güncel olarak takipli ve 1.143 herhangi bir zamanda Sosyal Fobi tanısı almış bireyden oluşan daha büyük bir örneklemin davranış paternleri ve sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir. Çalışmadaki örneklemin %79'unun davranışsal inhibisyon ve boyun eğme gibi tipik davranış kalıplarını sergilediğini ancak %21'lik bir bölümün bu tipik davranış kalıbından farklı olarak daha fazla öfke, agresyon ve dürtüsellik özellikleri olduğunu bulmuşlardır (142). Kashdan Sosyal Fobi'nin dürtüsel özelliklerine göre ayrımlaştırılan bu alt tiplendirmesinin hastalığın yaygın ya da sınırlı tipinden, korku ve kaçınma duyulan sosyal ortamların sayısından ve eşlik eden diğer Duygu Durum ve Anksiyete Bozuklukları'ndan bağımsız olarak gözlendiğine de dikkat çekmiştir (142).

Sosyal Fobi hastalarının genel davranış kalıpları sosyal etkileşimden ve bunun sonucunda karşılaşmayı bekledikleri olumsuz değerlendirilmekten uzaklaşmayı sağlayan *kaçınma davranışlarından* oluşur. Sosyal Fobi hastalarının büyük kısmı tehdit olarak algıladıkları stresörlerle başa çıkmada çekilme, pasif kalma yollarını benimserken bazı Sosyal Fobi hastalarının ise reddedilmeden reddetmek, eleştirilmeden eleştirmek ya da incinmeden incitmek gibi amaçlarla var olduğundan daha kaba, agresif özellikler taşıyan davranışlar sergileyebildiği gözlenmektedir. Bu davranış kalıbı bu bireylerin karşılaştıkları stresle beklenenden farklı bir başa çıkma mekanizması olabilir. Birey bu yolla korktuğu

ve kaçındığı durum olan, beklenmedik zamanda gelen reddedilme eylemi sonucunda kaybedeceği sosyal statüsünü korumak ve kabul ve saygı kazanmak için bir fırsat elde etmiş durumundadır. Örneğin; yeni girilen bir sosyal ortamda iletişimi karşı tarafın başlatmasını beklemeden plansız ve fevri bir iletişim başlangıcı yapan Sosyal Fobi hastasında bu yolla dürtüselliğin; denetimi kendisinde tutma ve anksiyetesini azaltmada kullandığı bir baş etme aracı olarak işlev gördüğü söylenebilir. Ancak bu türlü bir iletişim yöntemi bireyin kısa vadede anksiyetesini azaltmasına ya da reddedilmeyi önlemesine aracı olmakta gibi görünse de uzun vadede olumsuz geri bildirimleri değerlendirmede bir takım problemlere yol açabilir (141,142). Kashdan da bu alt grup hastalarda görülen dürtüsel davranışların kısa dönem anksiyete belirtilerinin azaltılmasında, reddedilmenin engellenmesinde etkili olarak kullanılsa da uzun dönem takipte olumsuz sonuçlara yol açabildiğine de dikkat çekmiştir (141,142).

Sosyal Fobi'de dürtüselliğin kişilik özellikleri ile ilişkisini incelemek için Mörtberg ve ark. Mizaç ve Karakter Envanteri, LSFBO kullanarak 84 Sosyal Fobi hastasını Mizaç ve Karakter Envanteri'nin '*zarardan kaçınma*' ve '*yenilik arama*' alt boyutlarına göre alt gruplara ayırmıştır. Gruplar aynı zamanda depresif belirtileri ve tedavi sonuçları yönünden de karşılaştırılmış; çalışmanın sonucunda yüksek *yenilik arayışı* gözlenen grubun depresyon skorlarının ve tedavi sonuçlarının ilk gruptan daha kötü olduğu vurgulanmıştır (143). Bu çalışmada; Depresyon sebebiyle mi dürtüselliğin yüksek sonuçlandığı ya da depresyonun dürtüsel davranışların sonucunda ortaya çıkan olumsuzlara ikincil mi ortaya çıktığı konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmamıştır.

Eşlik eden psikiyatrik bozukluğun dürtüselliğe etkisini inceleyen başka bir çalışmada Perugi ve ark. çeşitli Anksiyete Bozukluğu tanıları bulunan bireyleri DSM-5 Siklotimi tanı kriterlerini karşılayıp karşılamamasına göre iki gruba ayırmış ve her iki gruptaki bireylerin BDÖ-11 ve nörokognitif dürtüsellik ölçümleri sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda plansızlık dürtüselliği hariç tüm alt ölçek puanları ve toplam BDÖ-11 puanları Siklotimi eş tanısı olan grupta yüksek olarak ölçülmüş olup benzer sonuçlar nörokognitif testlerle de doğrulanmıştır. Ancak aynı çalışmada Siklotimi tanısı olmadan yalnızca Anksiyete Bozukluğu tanısı olan bireylerin dürtüsellik ölçümlerinin de

sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (72). Hem Bipolar II Duygu Durum Bozukluğu hem de Siklotimi çoğunlukla bireyin işlevselliğini bozmayan; yüksek dürtüsellik, emosyonel instabilite ile seyreden klinik tablolar olduğundan tanı konulması için ayrıntılı bir hikayeye ihtiyaç duyulmakta ve klinisyenler tarafından çoğu zaman bu tanıları gözden kaçırılmaktadır. DSM-5'e göre Siklotimi tanısı konabilmesi için kişide en az 2 yıl süre ile var olan tekrarlayan hipomanik ve depresif atakların varlığı gerekmektedir (1). Perugi ve ark. Anksiyete Bozuklukları'nda görülen dürtüsellik ve disinhibisyonu yüksek alt grupların klinik olarak tanı konulamayacak düzeyde olan ya da tanısı gözden kaçabilen Siklotimi eş tanısı ile ilişkili olabileceği üzerinde durmuşlardır (72). Ancak Siklotimi eş tanısı olmayan Anksiyete Bozukluğu hastalarının da dürtüsellik ölçümlerinin sağlıklı kontrollerden yüksek çıkması çalışmamızın Sosyal Fobi ve Agorafobi açısından sonuçlarını desteklemektedir. Buna göre Siklotimi eş tanısı Dürtüsellik derecesini etkileyebilmekte ise de Siklotimi varlığı Anksiyete Bozukluğu hastalarında gözlemlenebilen dürtüsellik açıklama tek başına yeterli değildir.

Herhangi bir ruhsal bozukluğa dürtüsellik eşlik etmesi hemen hemen çoğu zaman tedaviye uyumsuzluk, madde veya alkol kullanımı gibi riskli davranışlara yönelim ve olumsuz prognoz ile ilişkilidir (79). Bu sebeple herhangi bir bozukluğa dürtüsellik eklenmesi klinik tablonun seyrinin yanı sıra en uygun tedaviyi planlama ve tedaviye uyum konusunda da klinisyenler için önem taşır. Erwin ve ark. Sosyal Fobi hastalarının tedavi sonuçlarını etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalarında katılımcıların Sosyal Fobi belirtilerinin şiddetinin yanı sıra depresif belirtileri, başa çıkma tutumları, öfke ifade tarzları ve bilişsel davranışçı psikoterapi'den faydalanma oranları incelenmiş ve çalışma sonucunda katılımcılardan daha yüksek öfke puanı olan ve öfkesini daha problemlilik olarak yorumlayan, daha hızlı ve ani kararlar alan yani daha dürtüsel özellikler sergileyen bireylerin tedaviden faydalanma oranlarının diğerlerine kıyasla daha düşük olduğunu bulmuşlardır (79). Bilişsel davranışçı psikoterapi'nin Sosyal Fobi'deki temel uygulamalarının '*maruz bırakma*'yı da içeren çeşitli davranışsal müdahaleler olduğu düşünülecek olursa plansız, ani kararlar alabilen ve daha yüksek öfke içerikli davranışlar sergileyen bu bireylerin bu tür uygulamalara

katılımının daha düşük olabileceği bu nedenle de bu grup bireylerin tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olabileceği beklenebilecek bir sonuçtur (30). Maruz kalma tedavilerinin yanında dürtüsellik özelliği yüksek Sosyal Fobiklerin bu özelliklerinin sosyal kaygılarını artıran etkileri üzerine negatif geribildirim almaları ve öfke kontrolü, emasyon regülasyonu, empati özelliklerinin artırılması gibi hedeflere, tipik çekingen davranışlar sergileyen Sosyal Fobi hastalarından daha fazla ihtiyaç duyabilecekleri de klinisyenlerin akılda tutması gereken noktalaradır.

Nicholls ve ark. 18-74 yaş arası 351 Sosyal Fobi hastasında Madde Kullanım Bozukluğu eş tanısının dürtüsellikle ilişkisini öz bildirim ölçekleri (Madde Kullanım Bozukluğu Sorgulama Listesi, Eyesenck Dürtüsellik Ölçeği, Riskli Davranışlar Tarama Listesi ve LSFBO) yardımıyla araştırdıkları çalışmalarında Sosyal Fobi hastalarının bir kısmının tipik zarardan kaçınma ve davranışsal inhibisyon özellikleri sergiledikleri ancak başka bir kısmının ise dürtüsel ve macerasever özellikler taşıdığı ve bu grupta Madde Kullanım Bozukluğu'nun daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal Fobi hastalarının bu grubunda yüksek görülen Madde Kullanım Bozukluğu'nun da tıpkı Panik Bozukluk başta olmak üzere bazı Anksiyete Bozukluğu hastalarının yoğun alkol kullanımı ile kendi kendilerini tedavi etme çabalarına benzer olabileceği de düşünülebilir (66).

Çalışmamızda BDÖ-11 için kesme puanı belirlenmemiş olması nedeniyle dürtüsellik puanı yüksek olan alt grup için herhangi bir oran belirlenmemiş olup diğer gruplarla karşılaştırması yapılmıştır. Ancak literatürdeki benzer diğer çalışmalarla çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak her 5 Sosyal Fobi hastasından 1'inin daha dürtüsel, yenilik arayışı yüksek ve daha disinhibe davranışlar gösterebildiği söylenebilir (77,141-144). Disinhibe davranışlar sergileyen bu grup hastaların kliniğine tipik kaçınma davranışları sergileyen çekingen özellikteki gruptan daha fazla sosyal sorun eşlik etmektedir.

Tekrarlayan reddedilmenin (yaşantılanan ya da algılanan) öfke ve agresyona yol açabildiği çeşitli çalışmalarında da gösterilmiştir (145-148). Bu öfke ve agresyon bazı bireylerde içe yöneltme yoluyla depresif bir takım belirtilere ya da KZVD'na yol açarken; daha küçük bir grupta ise karşı tarafa agresif, öfkeli bir yaklaşım ve tutum içerisine girilmesine yol açabilmektedir. Bu koşullar altında

öfke, agresyon ya da dürtüsellik reddedilmeye karşı bir misilleme yanıtı olarak da işlev görebilir (77). Bu yolla birey, kendisi reddedilmeden reddederek ya da aşağılanmadan aşağılayarak sosyal ilişkilerin negatif sonuçlarından korunmak ve kabullenilme ya da çekinilen biri olma amacıyla maladaptif bir mekanizma geliştirmiştir. Dürtüsellğin genel tanımında da olduğu gibi bu yol kısa süreli olarak kişiye olumsuz duygularla ve kaygısıyla başa çıkmada kısa vadede çözüm sağlasa da uzun vadede daha çok olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Dürtüsellik özelliği daha yüksek olan bireylerin mantıklı karar verme, ağrıya tolerans, yaşam doyumu, hem beden hem ruh sağlığı ve toplam yaşam beklentisi yönünden daha olumsuz sonuçlara sahip olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (77,148,149). Muraven ve Baumeister'in ortaya attığı '*öz düzenleyici strateji modeli*'ne göre; Sosyal Fobi'si bulunan bireylerin bir kısmı kendi öz kontrol çabalarının verimsiz dağıtarak anksiyete belirtilerini denetim altında tutmaya çalışmaktadır. Bu da zaten yetersiz olan öz kontrollerinin iyice azalmasına ve agresif, örseleyici ve uyumu bozucu davranış kalıplarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (150). Konuyla ilgili başka bir detay impulsif, plansız ve ani davranışlar sergileyen bu grup hastaların karşılaştıkları olumsuz sonuçlar nedeniyle de daha fazla Sosyal Fobi geliştirebilmiş olabilecekleri ihtimalidir. Bu sebep sonuç ilişkisinin daha sağlıklı olarak incelenmesi geleceğe yönelik daha geniş örneklemler ve daha uzun süreli izleme dayanan araştırmalarla mümkün olabilir.

Özgül Fobi grubunda alt tiplerinin BDÖ-11 değerlendirmesine göre; hayvan tipi Özgül Fobi'si bulunan katılımcıların ortalama toplam BDÖ-11 puanları diğer fobi alt tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur. Doğal ve durumsal tip Özgül Fobi'lerin fobik kaçınma ve klinik özellikler bakımından Agorafobi'ye benzer özellikler göstermesinin bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Özgül Fobilerin heterojen fobik nesne ve klinik şiddet özelliklerinin de bu bulgu da etkili olduğu düşünülebilir. Literatürde Özgül Fobi alt tiplerini dürtüsellik özelliklerine göre inceleyen bir çalışmaya ise ulaşılamamıştır.

5.3. Grupların Anksiyete Duyarlılığı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Anksiyete duyarlılığı kavramının başlangıçta daha çok Anksiyete Bozuklukları'na yatkınlık oluşturan yapısal bir özellik olduğu düşünülse de ilerleyen zamanlarda yapılan çalışmalarda bu yapısal yatkınlığın yalnızca Anksiyete Bozukluğu gelişimiyle ilişkili olmayıp, Depresyon ve OKB başta olmak üzere eşlik eden Anksiyete Bozukluğu tanısından bağımsız olarak birçok ruhsal patolojide gözlemlenebildiği ortaya konulmuştur (12,14,110-113,118,119,123).

Çalışmamızdaki grupların sosyo-demografik özelliklerinin anksiyete duyarlılığı ilişkisi incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık ortalama gelir algısı, eğitim yılı, anne ve baba eğitim yılı ve kardeş sayısı özelliklerinin anksiyete duyarlılığı üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Sosyal Fobi grubunda sigara kullanımı bildiren bireylerin, bilişsel ve toplam anksiyete duyarlılıklarının bildirmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.009$ ve $p=0.036$). Nikotin alımının kısa süreli anksiyolitik etkisinden sonra yoksunluğunda uzun süreli anksiyete tablosu ortaya çıkardığı bilinmektedir (151). Kaygıyı azaltmak için çoğu zaman bir kaçınma aracı olarak kullanılan tütün bağımlılığı, beyindeki nikotinik reseptörlerin uyarımı sonucu uzun süreli aşırı uyarılmışlık tablosuna ve yoksunluk durumunda anksiyete belirtileri yol açtığı gibi anksiyete belirtilerini yorumlama üzerinde de etkili olabilir (8,151). Brown ve ark. sigara bırakma tedavisinin anksiyete duyarlılığı ile ilişkisini inceledikleri çalışmalarında anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerin sigarayı bırakma tedavilerinin ilk günlerinde yoksunluk belirtilerini tolere etmekte daha fazla zorlandıkları ve yeniden sigaraya başlama risklerinin de daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (151). Buna göre anksiyete duyarlılığı nikotin bağımlılığı ile de ilişkili olup Sosyal Fobi hastalarından anksiyete duyarlılığı daha yüksek olanların sigara kullanmaları da bir tür kaçınma davranışı olarak değerlendirilebilir. Çalışmamız sonucunda ayrıca Sosyal Fobi hastalarının sigara kullanımı bildirenlerinde KZVD sıklığı da daha yüksek bulunmuştur. Her iki sonuç birlikte değerlendirildiğinde literatürde Sosyal Fobi tanısı bulunan bazı

hastaların riskli bir takım davranışlara genel bir yatkınlığı bulunduğu sonucunu destekleyen bulgular elde edildiği söylenebilir (77,141-144).

Çalışmamızda Anksiyete Bozukluğu tanısı olan her üç grubun anksiyete duyarlılığı özelliklerinin sağlıklı kontrollerden yüksek olması beklediğimiz bir sonuçtur. Her üç fobi grubundaki katılımcıların anksiyete duyarlılıklarının kendi arasında yapılan karşılaştırmada ise Sosyal Fobi grubunun toplam anksiyete duyarlılığı puanının Özgül Fobi grubunun puanından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.001$). Agorafobi grubunun anksiyete duyarlılığı toplam puanı ise hem Sosyal Fobi grubuyla hem de Özgül Fobi grubuyla benzerdir. Buna göre gruplar arasında toplam anksiyete duyarlılığı en yüksek grup Sosyal Fobi grubu olarak bulunmuştur.

Anksiyete duyarlılığının farklı alt tiplerinin farklı hastalıklar için ön görücü olabileceği ile ilgili literatürde yapılan çalışmalar var olduğundan grupların anksiyete duyarlılığı özellikleri alt ölçek düzeyinde de incelenmiştir (12,14,110-113,118,119,123,152-156). Buna göre Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi gruplarında fiziksel anksiyete duyarlılığının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.001$ ve $p=0.015$). İlâveten Agorafobi grubunun fiziksel anksiyete duyarlılığı Sosyal Fobi grubuyla benzer ancak Özgül Fobi grubundan yüksektir ($p=0,008$). Agorafobi'li ya da Agorafobi'siz Panik Bozukluk hastalarının fiziksel anksiyete duyarlılıklarının yüksek olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (13-15,134,151-156). Zinbarg ve ark. çeşitli Anksiyete Bozuklukları'nı anksiyete duyarlılıklarına göre inceledikleri çalışmalarında hem Agorafobi'li hem de Agorafobi'siz Panik Bozukluk gruplarının fiziksel anksiyete duyarlılığı YAB, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, OKB hastalarından ve sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur (154). Bizim çalışmamızda Agorafobi grubunun Sosyal Fobi grubuyla birlikte fiziksel anksiyete duyarlılıklarının Özgül Fobi grubundan yüksek olarak bulunması bu çalışmayla bir yönden benzerdir. Ancak Sosyal Fobi grubunda fiziksel anksiyete duyarlılığının Agorafobi grubuyla benzer sonuçlanması yönünden bu çalışmayla bizim çalışmamızın sonuçları arasında farklılık vardır. Bu farklılığın Zinbarg ve ark. çalışmasında Agorafobi grubunun

Panik Bozukluk ile eş tanıli hastalar olmasından ileri gelebileceği düşünülmüştür (154).

Sosyal Fobi tanısı olan bireylerin özellikle toplum önünde ya da performans sırasında ortaya çıkan yüz kızarması, terleme ya da titreme gibi fiziksel duyularının dışarıdan fark edilmesine yönelik de yoğun kaygı yaşamaları ve bu fiziksel duyularına farkındalıklarının yüksek olması bilinen bir klinik bulgu olup bu nedenle çalışmamızda Sosyal Fobi grubunun fiziksel anksiyete duyarlılıklarının yüksek bulunması da hastalığın kliniği ile uyumlu olarak değerlendirilebilecek bir sonuçtur (13).

Panik Bozukluk olmadan yalnız Agorafobi olgularının nadir olduğu bilinmekle birlikte klinik olarak hiç panik atak geçirmemiş ancak yine de agorafobik kaçınmaları olan bireylerin varlığı da bilinmektedir. Bu bireylerin kaçınma davranışlarının daha çok tuvalet ihtiyacını gideremeyeceği, panik atak dışında başına gelebilecek başka türlü herhangi bir sağlık problemi ile yalnız başına baş edemeyeceği ya da kusacağı gibi korkuları ile ilişkili olduğu görülür. Bu hastaların kaçınmalarının temelinde de tıpkı panik atağın yorumlamasında olduğu gibi katstrofik yorumlamalar yer almaktadır. Yalnız Agorafobi olgularının Agorafobi ve Panik Bozukluğun birlikte olduğu olgulara göre daha nadir olarak görülmesi bu olguların tedavi arayışlarının daha düşük olması ve çalışmaların daha çok klinik örneklemeleri kapsamaması nedeniyle olabilir (156). Bu hastaların tedavi başvurularının daha düşük olması ise yalnız agorafobik kaçınması olan bireylerin bu durumu başlı başına bir utanç kaynağı olarak da görebilmeleri bu sebeple de tedaviye başvurmayıp kaçınma davranışlarını sürdürerek yaşamlarını devam ettirmeleri olabilir. Oysa panik atak geçiren bir hastanın sağlık merkezine başvurmak ve şikayetlerini dile getirmek için Agorafobi hastasından çok daha yoğun istek içerisinde olduğu görülebilmektedir (153).

Eaton ve Keyl'in yürüttüğü epidemiyolojik bir çalışmada Agorafobi'nin toplumda klinik örneklemelerden çok daha yüksek olarak bulunduğu ve Agorafobik bireylerin bir kısmının yaşamları süresince hiç panik atak geçirmediikleri bulunmuştur. Bu çalışmanın devamında prospektif olarak planlanan başka bir çalışmada ise Agorafobi tanısı bulunan bireyler 13 yıllık izleme alınmış ve bu bireylerde gelecekte ortaya çıkacak panik atakların ve Panik

Bozukluk'un bazı ön görücüleri olabildiği bunlardan birinin de anksiyete duyarlılığı olduğuna dikkat çekilmiştir (157,158). Bu ön görücülüğü her iki bozukluğun benzer anksiyete duyarlılığı (yüksek fiziksel anksiyete duyarlılığı) özelliklerinden ileri geldiği düşünülebilir (158).

Toplumsal anksiyete duyarlılığı Sosyal Fobi için ön görücü olabildiği meta-analizlerle de gösterilmiş bir yapısal özelliktir (13-15,154,159). Çalışmamızda da literatürü destekler bir bulgu olarak Sosyal Fobi grubunun toplumsal anksiyete duyarlılığı diğer tüm gruplardan anlamlı derecede yüksek olarak bulundu ($p= 0.001$). Diğer gruplar kendi arasında değerlendirildiğinde ise Agorafobi grubunun toplumsal anksiyete duyarlılığı Özgül Fobi grubuyla benzer ancak kontrol grubundan yüksektir ($p=0.035$). Toplumsal anksiyete duyarlılığı negatif değerlendirilme ile yakından ilişkili anksiyete belirtilerine duyarlılığı ölçen bir alt ölçek olup Sosyal Fobi'de yüksek olarak saptanması literatürle uyumlu ve beklediğimiz bir sonuçtur (13-15,159-161). Farklı çalışmalarda ADI ve diğer bazı anksiyete duyarlılığı ölçekleriyle farklı Anksiyete Bozuklukları'nın anksiyete duyarlılıkları özelliklerinin incelenmesinde farklı alt ölçekler arasında ilişkisi en güçlü bulunan alt ölçek-bozukluk grubu toplumsal anksiyete duyarlılığı alt ölçeği ile Sosyal Fobi olarak bulunmuştur (8, 13-15,159-161).

Bilişsel anksiyete duyarlılığı daha çok YAB ve Depresyon ile ilişkili yapısal yatkınlığı temsil eden anksiyete duyarlılığı alt tipi olup bireyin biliş olarak anksiyete belirtilerini var olandan çarpıtılmış ya da abartılı algılamasını temsil eder (8). Çalışmamızda Sosyal Fobi ve Agorafobi gruplarının bilişsel anksiyete duyarlılığı özellikleri hem kontrol hem de Özgül Fobi gruplarından yüksek olarak bulunmuştur (sırasıyla, $p=0.001$ ve $p=0.001$). Özgül Fobi grubunun bilişsel anksiyete duyarlılığı ise kontrol grubundan yüksek olsa bile bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bilişsel anksiyete duyarlılığı Agorafobi'de gözlenen 'kontrolünü kaybedeceği' ya da delireceği' düşünceleriyle giden, tek başına tam bir panik atak kliniğini karşılamayan ancak anksiyetenin bilişsel belirleyicilerinden biri olan bilişsel belirtilerden ileri gelebilir. Benzer şekilde Sosyal Fobi hastalarının da performans sırasında ya da sosyal ortamlarda yaşantıladıkları anksiyete belirtilerini abartılı ve çarpıtılmış yorumlamaları, performans sonrasındaki

duruma ilişkin bireysel değerlendirmelerinin beklenenden çok daha kötü olması Sosyal Fobi hastalarının bilişsel anksiyete duyarlılıklarının yüksek olması ile ilişkili olarak açıklanabilir.

Naragon-Gainey'in anksiyete duyarlılığı ile Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon ilişkisini incelediği meta-analiz çalışmasında 1985-2009 yılları arasında anksiyete duyarlılığı ile Anksiyete Bozuklukları ve Depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalar incelenmiştir. Naragon-Gainey'in yaptığı korelasyon analizleri sonucunda toplam anksiyete duyarlılığı puanı ile en güçlü ilişki saptanan iki bozukluk Panik Bozukluk (\pm Agorafobi) ve YAB olmuş bunu; TSSB, Depresyon, Agorafobi, Sosyal Fobi, OKB ve Özgül Fobiler izlemiştir (13). Aynı meta analizde bozuklukların anksiyete duyarlılığı'nın alt ölçekleri ile ilişkisi incelendiğinde ise; Sosyal Fobi belirtileri ile toplumsal anksiyete duyarlılığı alt ölçeği arasındaki korelasyon en güçlü korelasyon olarak saptanmış bunu Agorafobi semptomlarının da fiziksel anksiyete duyarlılığı ile korelasyonu izlemiştir (13). Bu meta-analizde de Agorafobi hastalarının Panik Bozukluk ek tanılarıyla birlikte değerlendirilmesinin sonuçları farklılaştırdığı düşünülebilir. Anksiyete duyarlılığının Panik Bozukluk ile güçlü korelasyon gösterdiği ve başlangıçta da en çok Panik Bozuklukla ilişkilendirilen bir kavram olarak ele alındığı bilinmektedir (9). Meta-analizin Sosyal Fobi belirtileri ile toplumsal anksiyete duyarlılığı alt ölçeği arasındaki korelasyonu en güçlü korelasyon olarak saptanması ve Agorafobi semptomlarının da fiziksel anksiyete duyarlılığı ile güçlü korelasyon gösterdiği sonuçları çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (13).

Meta-analizin ilgi çekici diğer sonuçlarından biri de; farklı Özgül Fobi alt tiplerinin farklı anksiyete duyarlılığı özellikleri gösterebildiği sonucudur. Buna göre; kapalı alan ve kan, enjeksiyon ve yaralanma fobileri için toplam anksiyete duyarlılığı ve fiziksel anksiyete duyarlılığı diğer fobi alt türlerine göre daha yüksek bulunmuştur (13). Özgül fobi alt türleri arasında anksiyete duyarlılığı özelliğinin farklı olabileceği ile ilgili çalışmalardan bazılarında ise anksiyete duyarlılığının yalnızca bazı Özgül Fobi alt türü için önemli olabileceği de ileri sürülmüştür. Örneğin; bir çalışmada kapalı alanda kalma fobisinde (klastrofobi) yüksek anksiyete duyarlılığı ile ilişkili bulunurken başka bir çalışma da uçuş korkusu olan bireylerin anksiyete duyarlılığı sağlıklı kontrollerle benzer olarak

sonuçlanmıştır (160,161). Her iki çalışmanın sonuçları da etiyojisi ya da koşullanma tepkileri benzer olsa da farklı korkuların farklı duyarlılıkta bireylerde fobi kliniğine dönüşebildiğini destekleyen bulgulardır. Bizim çalışmamızın Özgül Fobi grubunda toplam ve fiziksel anksiyete duyarlılığının sağlıklı kontrollerden yüksek bulunması sonucu meta-analizle uyumludur (13). Ancak bizim çalışmamızda Özgül Fobi alt gruplarının anksiyete duyarlılığı açısından yapılan karşılaştırılmalarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bu sonucun Özgül Fobi alt gruplardaki yetersiz katılımcı sayısından kaynaklanabileceği düşünölmekle beraber ayrıca bu sonuç Özgül Fobi'deki kaçınma nesnesinin Agorafobi ve Sosyal Fobi'ye göre çok daha fazla çeşitlilik göstermesi ve klinik tablonun heterojenliğinde de ileri gelebilir (162). Bunun yanında Özgül Fobi hastalarının anksiyete duyarlılıklarının farklı fobik nesne gelişiminin yanında klinik özellikler ve hastalık şiddeti açısından da etkisinin olabileceğini gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (163). Ehlers ve ark. Özgül Fobi hastalarında 1 yıllık ileriye dönük izleme oluşturdukları çalışmalarında ADI'nın Özgül Fobi hastalarında spontan panik atak gelişimini öngörebildiğini bulunurken aynı ilişki Sürekli Kaygı Envanteri için ise geçerli bulunamamıştır. Bu da anksiyete duyarlılığının ve ADI'nin Özgül Fobi'nin izleminde ve karşılaşılabilecek durumlarla ilgili diğer klinik durumlarla ilgili tedavi planlamasında da önemli bir rolü olduğunu desteklemektedir (163).

Anksiyete duyarlılığı bireysel bir yatkınlık faktörü olarak zaman içerisinde niceliksel bir ölçüm ile belirlenebilen kararlı bir seyir gösterirken, aynı zamanda psikoterapi seyrinde veya farmakoterapi ile azalabildiği de çalışmalarla gösterilmiştir (8,137). Bunun bir diğer anlamı da hem farmakoterapi hem de psikoterapi için anksiyete duyarlılığının önemli bir değişken olduğu tedaviye yanıtın izlenmesi ve artırılması bakımından klinisyenler tarafından değerlendirilmesinin önemini koruduğu gerçeğidir (8).

5.4. Grupların Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin Karşılaştırılması

KZVD başta Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozuklukları ve Duygu Durum Bozuklukları olmak üzere dürtüsellikle seyreden birçok ruhsal patoloji de sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar sonucunda herhangi bir Duygu Durum Bozukluğu'na eşlik eden Anksiyete Bozukluğu tanısının da KZVD ve intihar girişimi sıklığını artırdığına dair bulgular elde edilmiş bu bulgular anksiyetenin KZVD ve intihar üzerindeki rolü üzerine dikkatlerin daha fazla çekilmesine yol açmıştır (106,164-166). Bipolar Duygu Durum Bozukluğu ile Anksiyete Bozukluğu eş tanısı ile ilgili 13 çalışmanın sonuçlarını inceleyen bir derlemede Bipolar Duygu Durum Bozukluğu bulunan hastaların yaklaşık %50'sinin herhangi bir Anksiyete Bozukluğu eş tanısı bulunduğu dikkat çekilmiştir. Ayrıca aynı derlemede; eşlik eden Anksiyete Bozukluğu varlığının bu hastalardaki intihar düşüncesinden ziyade intihar düşüncesini eyleme geçirme olasılığını artırdığı ve bu durumun depresif dönemlerle de sınırlı olmadığı da belirtilmiştir (166,167). Anksiyete Bozuklukları'nda da eş tanı durumu olmadan da KZVD ve intihar girişimlerinin yüksek oranlarda gözlenebildiği diğer ruhsal bozukluklara göre daha sonraları dikkat çeken bir konu olmakla birlikte son yıllarda Anksiyete Bozukluğu, KZVD ve intihar ilişkisini inceleyen birçok araştırma yapılmıştır (99,104,106,168).

Başta TSSB ve Panik Bozukluk olmak üzere Sosyal Fobi ve YAB, KZVD açısından incelenmiş ve çeşitli oranlarda KZVD ile ilişkilendirilmiş Anksiyete Bozukluklarıdır (99,104,106,168). Mevcut literatürde Anksiyete Bozuklukları içerisinde Agorafobi ve Özgül Fobi, KZVD açısından daha az dikkat çekmiş ve daha az çalışılmış ruhsal bozukluklar olup bu çalışmanın amaçlarından biri de bu grupta KZVD'nin sıklığını ve işlevlerini ayrıca KZVD'nin bu grup hastalarda dürtüsellik ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Çalışmamızda yer alan grupların KZVD özelliklerinin karşılaştırılmasında KZVDDE' nin *davranışlar* alt ölçeği ve *işlevler* alt ölçeğinin toplam, otonom ve sosyal işlev puanları istatistiksel yöntemlerle yaşa göre düzeltilerek analiz edilmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda; Sosyal Fobi grubunda KZVD sıklığı

%38.9, Agorafobi grubunda %25.2, Özgül Fobi grubunda %33.3 ve kontrol grubunda %11.7 olarak bulunmuştur.

Chatrand ve ark. epidemiyolojik araştırmalar datasını kullanarak 20.130 Anksiyete Bozukluğu hastası ile yürüttüğü çalışmalarında Anksiyete Bozukluğu hastalarının KZVD'leri; intihar girişimleri ve intihar amacı taşımayan KZVD'ler olarak iki grupta incelenmiş, çalışma sonucunda Anksiyete Bozuklukları'nın hem intihar girişimi hem de intihar amacı olmayan KZVD ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (105). Çalışmada ayrıca eşlik eden başka bir psikiyatrik tanı olmadan yalnızca Agorafobi tanısı olanların yaklaşık 3.0 kat, Sosyal Fobi tanısı olanların 2.5 kat ve YAB tanısı olanların 1.6 kat daha fazla çoklu intihar girişimi öyküsüne sahip olduğuna da dikkat çekilmiştir (105). Bizim çalışmamızda da Agorafobi grubundaki katılımcıların, kontrol grubundakilerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla intihar girişimi öyküsü olduğu bulunmuştur ($p=0.013$). Agorafobi grubu ile Sosyal Fobi ve Özgül Fobi grupları arasında ise intihar girişimi öyküsü özelliklerine göre istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatürde ruhsal ve fiziksel bozuklukların intihar ve KZVD özelliklerinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi üzerine yapılan bazı çalışmalardan destekle bu sonucun Agorafobi hastalarının yaş ortalamaları ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür. Singhal ve ark. ruhsal ve fiziksel bozuklukları olan hastaların intihar ve KZVD özelliklerinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi üzerine yaptıkları çalışmalarında hastalar yaş gruplarına göre kategorilendirilmiş ve ruhsal bozukluğu bulunan bireylerde intihar riskinin en fazla olduğu yaş grubunun 45-64 yaş aralığı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (99). Bizim çalışmamızda, Agorafobi grubunun yaş ortalamasının beklendiği üzere diğer gruplardan daha yüksek bulunması ve bu yaş aralığının intihar olasılığının arttığı yaş aralığına denk gelmesinin Agorafobi grubunda intihar oranlarının daha yüksek bulunmasıyla ilişkili olabileceği düşünölebilir.

Anksiyetenin KZVD ve intihar üzerindeki etkisi klinik hasta gruplarıyla sınırlı da değildir. Klonsky ve ark. klinik dışı geniş bir örneklemede KZVD'yi sorguladıkları ve KZVD'nin anksiyete ve depresyonla ilişkisini inceledikleri çalışmalarında KZVD bildiren katılımcıların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları bildirmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek olarak

bulunmuştur. Anksiyete ve depresyonun KZVD üzerindeki etkisi yapılan post hoc analizi ile ayrı ayrı diğer faktörün etkisi elimine edilerek incelenmiş ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının KZVD üzerindeki etkisinin depresyon puanına göre daha belirgin ve daha önemli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (87).

Tekrarlayan KZVD'nin ayrı bir tanı kategorisi olarak DSM-5'e eklenmesinin ardından KZVD gösteren bireylerin bu tanı kategorisi için değerlendirilmesini sağlamak üzere klinik tanı görüşme indeksi Gratz ve ark. tarafından hazırlanmış ve bu indeks kullanılarak KZVD bildiren genç erişkinler; DSM-5'e göre Tekrarlayan Kendine Zarar Verme Bozukluğu (KZVB) tanısı açısından incelenmiştir. Araştırmalarının sonucunda ise KZVB tanısı alan bireylerin öyküsünde Depresyon ve Bipolar Duygu Durum Bozukluğu'nun yanında Sosyal Fobi ve TSSB öyküsü de yaygın olarak gözlemlendiği sonucuna ulaşılmıştır (164). Bu sonuç araştırmacılar tarafından hem Sosyal Fobi hem de TSSB'de bazı alt grup hastaların daha dürtüsel, daha disinhibe ve daha fazla emosyon disregülasyonu özellikleri göstermeleri ve daha sık KZVD uygulaması ile ilişkili olarak yorumlanmıştır (77,141,142,169,170).

Çalışmamızda KZVDDE'nin *davranışlar* alt ölçeğine göre; tüm gruplarda en sık bildirilen KZVD '*yara iyileşmesine engel olma*' olurken diğer sık bildirilen KZVD' ler *saç koparma, ısırma ve vurma* olarak bulunmuştur. Sosyal Fobi grubunda KZVD olan katılımcılardan; '*yara iyileşmesine engel olma*' bildirenlerin sıklığı %48.0, Agorafobi grubundan %39.6, Özgül Fobi grubundan %48.0 ve kontrol grubundan %59.4 olarak bulundu. Daha ciddi KZVD'lerden biri olan kesme bildirenler ise Sosyal Fobi grubundan %4.0, Agorafobi grubundan %6.6, Özgül Fobi grubundan %4.0 ve kontrol grubundan %9.9 olarak bulundu. KZVD'yi konu alan diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer olarak en sık bildirilen KZVD biçimleri kesme, oyma, delme, kazıma, yakma ve kendisine vurma olarak bildirilmiştir (86,164). KZVD uygulayanların büyük çoğunluğu birden fazla türde KZVD alt tipi bildirmekte olup çalışmamızda da çoğu katılımcı en az iki KZVD bildirmiştir (86,87). KZVD yönteminin cinsiyetle ilişkisi konusunda çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamış olsa da literatürde kadınların daha çok kesme yoluyla erkeklerin ise vurma ve yakma yoluyla KZVD uyguladığını bildiren çalışmalar mevcuttur (169,170). KZVD

yönteminin biçimi klinik olarak yol açacağı enfeksiyon, kan kaybı vb. olumsuz sonuçlar yanında uzun dönem sonuçlar açısından da önem taşıyabilir. Olfson ve ark. acil servise başvuran hastalardaki KZVD özelliklerini inceledikleri retrospektif araştırmalarında kesme yoluyla KZVD uygulayanların diğer tüm KZVD'ye göre izlemlerinde daha fazla intihar girişimi gerçekleştirdiği görülmüştür (170).

Gruplar KZVD için tedaviye başvurma özelliklerine göre incelendiğinde; kontrol grubundan KZVD bildiren 6 kişinin KZVD için tedaviye başvuru oranı %100 iken; bu oran Sosyal Fobi grubunda %50, Agorafobi grubunda %42.9 Özgül Fobi grubunda ise %57.1 olarak bulundu ($p=0.130$). Buna göre her üç ruhsal bozukluktan birine sahip olanların KZVD için tedaviye başvurma oranlarının sağlıklı kontrollerden daha düşüktür. Bu sonuç, herhangi bir fobiye sahip olanların kaçınma davranışlarının, eşlik eden KZVD varlığı durumunda KZVD için de hekime başvuru oranlarının düşmesine yol açtığı bu sebeple de bu grup hastaların psikiyatrik muayene sırasında KZVD açısından sorgulanmasının gerekliliğini desteklemektedir.

KZVDDE'nin *işlevler* bölümünde KZVD bildiren katılımcıların bu davranışlarının otonom ve sosyal işlevleri sorgulanmıştır (124,128). KZVDDE'ye göre *affekt regülasyonu, özkıyımı önleme, sıkıntıyı etiketleme, kendini cezalandırma ve çözülmeyi önleme* gibi alt işlevler otonom (*bireysel*) işlevleri oluştururken; *kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik, kendiyile ilgilenme* gibi alt işlevler ise *sosyal (kişilerarası) işlevleri* oluşturmaktadır (124,128).

KZVDDE KZVD işlev puanları açısından değerlendirilmesinde ise Sosyal Fobi grubunun hem KZVD'nin sosyal, otonom ve toplam KZVDDE işlev puanlarının Agorafobi ve Özgül Fobi grubundan yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde KZVD'nin uygulayanlarca bildirilmiş en sık sebebi sırasıyla emosyon regülasyonunu sağlamak, yoğun sıkıntılı olumsuz duygulardan uzaklaşmak, dayanılmaz acıdan uzaklaşmasını sağlamak, kendini cezalandırmak, başkaları tarafından stres ve ızdırabını görünür kılmak ya da başkalarını etkileyebilmektir (86,87). Çalışmamızdaki katılımcıların KZVD'lerinin alt işlev bakımından incelenmesinde tüm grupların KZVD'yi en fazla *affekt regülasyonunu* sağlamak

için kullandıkları bunu; *sıkıntı etiketleme, intikam alma, kendisiyle ilgilenme* gibi alt işlevlerin izlediği görülmüştür. *Affekt regülasyonu* alt işlevi, olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak, bu olumsuz duyguları azaltmak ya da bu duygulardan kurtulmak amacıyla KZVD'yi gerçekleştirmek amacını ifade etmektedir. Buna göre fobi grubunda ruhsal bozukluğu olan hastaların Borderline Kişilik örgütlenmesine sahip olmasalar da KZVD'nı sıklıkla olumsuz duygularıyla başa çıkmak amacıyla ya da emosyon regülasyonunu *kendine yöneltme savunma mekanizması* yoluyla sağlamaya çalıştıkları sonucu çıkarılabilir. Çalışmamızda KZVD bildirenlerin KZVD'lerinin işlevleri ile ilgili elde edilen sonuçların da literatürle uyumlu olduğu görülmektedir (87,169,171).

Sosyal Fobi ve Özgül Fobi gruplarında affekt regülasyonundan sonra diğer sık bildirilen alt işlevler '*sıkıntı etiketleme, kendisiyle ilgilenme ve çözülmeyi önleme*' olup bu işlevlerin de yaşadığı stresi anlamlandırması, kendisine özen göstermek için bir yol bulma ve duygusal stresinin yerine baş etmesi daha kolay diğer bir ilgi alanı koyma, kendisini gerçek hissetmek ve disosiyatif belirtilerden uzaklaşma gibi amaçlara hizmet ettiği söylenebilir (128). Agorafobi grubunda affekt regülasyonundan sonra diğer sık bildirilen işlevler ise; '*özerklik ve cezalandırma*' olup bu işlevlerin ise suçluluk, öfke ve saldırganlık duygularını kişinin kendisine yöneltmesi ve kendi kendine yettiğini, başkalarının yardımına bel bağlamadığını, bağımsızlığı ortaya koyabilmesi gibi amaçlara yönelik gerçekleştirildiğini ifade ettiği söylenebilir.

KZVD'nin güncel olarak doku hasarı, enfeksiyon, olumsuz etiketlenme gibi sonuçlarının yanında eşlik ettiği ruhsal bozukluğun seyrinde gerçekleşebilecek diğer bazı klinik durumlar için de ön görücü olarak kullanılabilceği düşünülmektedir. Örneğin; prospektif olarak yürütülen bazı çalışmalarda gelecekteki intihar girişimlerinin ön görülebilmesi için KZVD'nin kullanılabilceği önerilmiştir yani KZVD intihar girişimi öyküsünü artıran bir durumdur (171-173). Konuyla ilgili geniş örneklemlerle bir çalışmada gelecekteki intihar girişimleri için ön görücü özellik olarak KZVD'nin daha önceki intihar girişimi öyküsünden daha yüksek ön görücü özelliği olduğu belirtilmiştir (173).

KZVD'nin psikoterapisinde eşlik eden Anksiyete Bozukluğu tanısı psikoterapinin etkinliği üzerinde de etkili görünmektedir. KZVD için psikoterapi

yürütülen bir danışanın Anksiyete Bozukluğu ek tanısı olmasının hem tedaviden alınan cevabı hem de tedavinin tamamlanmasından sonraki süreçteki takibini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (8,169). KZVD uygulayan bireyin dürtüsellik özelliğinin de belirgin olacağı göz önüne alınırsa bu hastaların tedavilerinde hem Anksiyete Bozuklukları'nın hem de dürtüselliklerinin tedavilerinin de önem taşıdığı klinisyenlerin akılda tutmaları gereken noktalardır.

5.5. Gruplarda Dürtüsellik, Anksiyete Duyarlılığı ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin Karşılaştırılması

KZVD'nin etiyojisi ile ilgili yapılan çalışmalar sıklıkla tekrarlayan KZVD'nin dürtüsellik ile ilişkisini ortaya koymuş olup aynı durum Anksiyete Bozuklukları için de geçerli olarak gösterilmiştir (88,174-183). Fobi kliniği ile seyreden Anksiyete Bozuklukları'nda anksiyete duyarlılığı ve KZVD ilişkisi ve aynı zamanda dürtüsellik anksiyete duyarlılığı ile ilişkisi ise henüz yeterince ilgi çekmemiş klinik özellikler arasındadır.

Çalışmamızda grupların ayrı ayrı dürtüsellik puanları ile anksiyete duyarlılığı puanlarının incelenmesi sonucunda Agorafobi grubunda dikkat dürtüselligi ile bilişsel anksiyete duyarlılığı alt ölçeği arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.397$, $p=0.040$) (Tablo 16). Dikkat dürtüselligi; konsantrasyon ve dikkatle ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi ya da bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük gibi özellikleri içerir (42,126). Bilişsel anksiyete duyarlılığı alt ölçeği ise anksiyete belirtilerinin “bilişsel kontrolü yitirmekten korkma” boyutunu ele alan ve “dikkati toplayamamaktan korkma” gibi anksiyetenin bilişsel süreçlerini değerlendiren boyutunu ölçmektedir (42). Her iki tanımdan da anlaşılacağı üzere hem bilişsel anksiyete duyarlılığı, hem de plansızlık dürtüselligi bireyin bilişsel süreçleriyle ilgilenen alt ölçekler olup aralarında pozitif korelasyon saptanması beklenebilecek bir sonuçtur. Dikkat dürtüselligi; özellikle depresyon, mani ve DEHB ile ilişkili bulunan bir dürtüsellik alt boyutudur (57). Agorofobik bireylerin bilişsel anksiyete duyarlılığı yüksek olanlarının yani anksiyetenin bilişsel belirtilerine daha duyarlı olanlarının

dürtüselliğin dikkat ile ilgili boyutunun da etkilenebileceği düşünülebilir ancak çalışmamızda Agorafobi grubunda total BDÖ-11 puanı yüksek bulunurken dikkat dürtüselliği açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Literatürde Agorafobi için anksiyete duyarlılığı ve dürtüsellik özelliklerini birlikte değerlendiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çalışmaya başlarken konuyla ilgili literatürü incelediğimizde grupların dürtüsellik puanları ile KZVD arasında pozitif yönde bir korelasyon çıkması beklediğimiz bir sonuçken çalışmamızın sonucunda bu ilişki yalnızca Agorafobi grubunda gösterilebilmiştir. Agorafobi grubunda KZVD bildiren katılımcıların KZVDDE toplam ve alt işlev ölçek puanları ile toplam dürtüsellik puan ve alt ölçek puanları ilişkisi incelendiğinde; toplam dürtüsellik puan ile KZVDDE sosyal işlev alt ölçeği arasında pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0.792$, $p=0.034$) (Tablo-17). Bu durum da KZVD'na yatkınlığı artıran faktörlerden biri olarak tanımlanan dürtüselliğin; KZVD'nın daha çok *kişiler arası sınırlar, kişiler arası etkileşim, intikam alma, heyecan arama, akranlarla bağ kurma, dayanıklılık, özerklik, kendiyile ilgilenme* gibi sosyal işlevleri ile ilişkili olduğunu düşündürebilir (128).

KZVD ile ilgili yapılmış önemli birçok çalışmayı bir arada değerlendiren Klonsky KZVDDE'nin sosyal alt işlevlerinden biri olan '*heyecan arama*' işlevinin daha çok yenilik arama, maceraseverlik, heyecan yaratma gibi özelliklere aracılık ettiğini belirtir (89,128). Ayrıca *intikam alma* ve *özerklik* gibi işlevlerin tanımlamasının da dürtüselliğin; plansız, ani, daha erken ancak daha küçük ya da uyumsuz baş etme yollarını seçme tanımıyla uyumlu olduğu söylenebilir (89,128). Bizim çalışmamızda KZVD bildiren katılımcı sayısının örneklem içerisinde daha sınırlı bir sayıdan oluşması nedeniyle, dürtüselliğin KZVDDE'nin sosyal ve otonom işlevlerinin alt işlevleri açısından ilişkisi analiz edilememiştir ancak literatürde affekt disregülasyonunda dürtüsellik ve KZVD ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (88,89,176). Çalışmamızda da KZVD bildiren toplam 45 katılımcıdan 15'i KZVD'nin işlevi için '*affekt regülasyonu*'nu belirtmiş olup bu durumunda KZVD'nin dürtüsellikle ilişkisini destekleyen bir bulgu olduğu yorumlanabilir.

KZVD ve dürtüsellik ilişkisini inceleyen bir çalışma da; KZVD sergileyenlerin yalnızca yaklaşık %27'si bu davranış hakkında daha önce düşündüğünü ve planladığını ifade etmiştir (176). KZVD sergileyenlerin büyük çoğunluğu ise (%73) davranışı ani, plansız yani dürtüsel bir eylem olarak uyguladığını belirtmiştir. Nock ve ark. KZVD'ı olanların eyleme giden süreçlerini sorguladıkları başka bir çalışmada davranışı gerçekleştirenlerin yaklaşık %85'inin eylemi 1 saat içerisinde planladıkları ve eyleme geçirdikleri bulunmuş olup bizim çalışmamızda da KZVD bildiren katılımcılara KZVDDE içerisinde, KZVD geldikten sonra eyleme geçmeden önce geçen süre sorgulanmış KZVD bildiren katılımcıların Özgül Fobi grubu haricindekilerin tamamı bu süreyi '*1 saatin altında*' Özgül Fobi grubundakilerin ise %57'si '*1 saatin altında*' kalanı ise '*1-6 saat arasında*' olarak belirtmiştir (86). Çalışmamızda ve diğer çalışmada KZVD bildirenlerin eyleme ilişkin karar alması ve gerçekleştirme zamanı ile ilgili bulunan bu sonuçta davranışlarının dürtüsel özelliğini destekleyen bulgulardan olarak kabul edilebilir.

Anksiyetenin doğası gereği bireyi daha çok tehlikeden korumaya, geri çekmeye hazırlayacağı yani plansız, ani aktivitelerden uzaklaştırabileceği düşünülmüşse de yapılan çalışmalar anksiyete düzeylerinin ek bazı değişkenler yardımıyla dürtüsellik ve dürtüsel karar vermeyi etkileyebileceğini göstermektedir. Anksiyete duyarlılığı anksiyetenin dürtüsellikle ilişkisini düzenleyen bu değişkenlerden biri olabilir. Klinik olmayan bir örnekte, 508 ergenin madde ve alkol kullanımının dürtüsellik, anksiyete ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkisini inceleyen bir çalışma da anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete ve dürtüsellik ilişkisine bakılmış çalışmada yüksek anksiyete ve dürtüsellik özelliği yanında yüksek anksiyete duyarlılığı da bulunan ergenlerin stresle başa çıkma konusunda alkol ve madde kullanımı gibi daha uyumsuz yollara başvurabildikleri sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete duyarlılığının etkisi sürekli anksiyete ve dürtüsellikle ayrı ayrı da ilişkili bulunmuş olup ancak her iki değişken de düşük ölçüldüğünde anksiyete duyarlılığının etkisinin ortadan kalktığı görülmüştür (184). Çalışmanın sonucunda araştırmacılar anksiyete duyarlılığının sürekli anksiyete ve dürtüsellik arasında alkol ve madde kullanımına yönelmede düzenleyici bir rolü olabileceğine dikkat çekmiş;

ergenlerin bu tür alışkanlıklar açısından dürtüsellik özellikleriyle birlikte anksiyete duyarlılıklarının da değerlendirilmesi gerektiği önerisinde bulunmuşlardır (184).

Anksiyete duyarlılığı mevcut anksiyete ile başa çıkma konusunda tercih edilecek yöntemi belirlemede, geri çekilme ya da üzerine gitmede belirleyici bir rol oynayabilir. Bir başka deyişle anksiyete duyarlılığı yani '*korkunun kendisinden korkmak*' ta kaygı ile baş etmede seçilen yöntemlerin kısa ve uzun vadedeki sonuçlarını değerlendirmede etkili bir role sahip olabilir. Örneğin; toplumsal anksiyete duyarlılığı çok yüksek olan bir Sosyal Fobi hastasının dürtüsellik özellikleri de baskınsa bir toplantıda farklı insanlarla tanıştığında reddedileceği ya da olumsuz değerlendirileceği ile ilgili var olan anksiyetesini azaltma da karşı taraf iletişim başlatmadan kendisi başlatma ve kısa süre de farklı bir iletişime kayma, hızlı kararlar verip dikkatleri dağıtmaya çalışma gibi yöntemler seçebilecekken, anksiyete duyarlılığı yüksek ancak dürtüsel özellikleri belirgin olmayan diğer bir Sosyal Fobi hastasının geri çekilme, kaçınma gibi daha tipik davranışlar sergilemesi beklenebilir. Benzer durum anksiyetenin karar vermeye etkisi üzerine de geçerli olabilir. Anksiyetesi yüksek ve birden fazla seçenek içerisinde karar vermekte zorlanan klasik bir davranışsal inhibisyon hastası yerine dürtüsellığı ve anksiyete duyarlılığı yüksek olan bir hasta ani, hızlı yani dürtüsel bir tercihle mevcut anksiyetesini ve belirsizliği azaltmada etkin ancak kısa süreli çözüme hizmet eden ve uzun dönem sonuçları bilinmeyen bir yol tercih edebilir. Bunun yanında anksiyete duyarlılığının stres altında yalnızca KZVD'yi değil madde ve alkol kullanımı gibi diğer kaçınma davranışlarını da artırdığı bilinmektedir. Anksiyete duyarlılığı; olası olarak bu davranışların dürtüsellikle ilişkisinde düzenleyici bir role sahiptir.

Çalışmamızda KZVD ile ilişkili olduğu bulunan bir diğer klinik özellik ise hem Agorafobi hem de Özgül Fobi grubunda bilişsel anksiyete duyarlılığı olarak bulunmuştur. Anksiyete ve dürtüsellığın bir arada yüksek olduğu klinik örneklerde intihar davranışının, anksiyete ve dürtüsellığın ayrı ayrı yüksek bulunduğu klinik örneklerden çok daha yüksek olduğu bilinmekte olup bu ilişkinin de dürtüsel diğer bazı davranışlara benzer şekilde anksiyete duyarlılığı tarafından düzenlenen bir durum olduğu düşünülebilir (73). Bizim çalışmamızda

hem Agorafobi hem de Özgül Fobi grubunda KZVDDE'nin *otonom ve toplam işlev* puanı ile bilişsel anksiyete duyarlılığı arasında pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Bu bulgudan anksiyetenin bilişsel belirtilerine duyarlılık durumunun KZVD için diğer anksiyete duyarlılığı alt ölçeklerinden daha fazla ilişkili olduğu sonucu çıkarılabilir. Bu korelasyonun Sosyal Fobi grubunda gösterilememesi, Sosyal Fobi ile toplumsal anksiyete duyarlılığı korelasyonun diğer anksiyete duyarlılığı alt ölçeklerinden daha güçlü olmasından ileri gelebilir. Mevcut literatürü incelediğimizde KZVD'nin anksiyete duyarlılığı ile ilişkisini inceleyen yalnızca bir çalışma olduğunu gördük. 50 TSSB hastasının KZVD ile anksiyete duyarlılığı, TSSB ve depresif belirtilerinin incelendiği çalışmada; TSSB belirtilerinin şiddetinin KZVD ile ilişkili olduğu bunun yanında anksiyete duyarlılığının da diğer faktörlerle birlikte KZVD ile ilişki içerisinde olan bir değişken olabileceği sonucu vurgulanmıştır. Anksiyete duyarlılığının TSSB örneklemindeki etkisi; yüksek anksiyete duyarlılığında KZVD belirtilerini artırması yönündedir (185). Çalışmada ayrıca travmaya uğrayan bireylerden hangilerinin KZVD geliştirebileceği konusunda anksiyete duyarlılığının bir belirteç olarak kullanılabilmesine de dikkat çekilmiştir (185). Hem bizim çalışmamız hem de travma hastalarında bilişsel anksiyete duyarlılığının KZVD üzerindeki etkisini ortaya koyan bu çalışmanın bulguları birlikte değerlendirildiğinde KZVD'yi önlemede bilişsel alana yönelik psikoterapi uygulamalarının öneminin de bir kez daha desteklendiği söylenebilir (185).

Anksiyete duyarlılığının intihar davranışı ile ilişkisi de sınırlı sayıda çalışma da incelenmiş olup bir çalışma da Panik Bozukluk hastalarında intihar eylemlerinin bilişsel anksiyete duyarlılığı ilişkili olduğu, diğer çalışmalarda ise bu sonucu destekleyen klinik ve klinik dışı örneklerde bilişsel anksiyete duyarlılığı yüksek bireylerin geçmişte daha fazla intihar eylemi sergiledikleri ve depresyon belirtilerinin etkisi elimine edildikten sonra stres altında daha fazla intihar düşüncelerine sahip oldukları bulunmuştur (186-190). Capron bu ilişkiyi bilişsel anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerin katastrofik bilişlerinin daha ön planda olabileceği ile açıklamıştır. Bu bireyler limbik-otonomik uyarılmayla başlayan ve artan katastrofik bilişleriyle baş edemediklerinde, bilişsel farkındalık

alanlarına intihar düşüncesini bir çözüm seçeneği olarak daha fazla getirebilirler (187).

Capron'un DSM-IV-R'e göre Anskiyete Bozuklukları, Duygu durum Bozuklukları da dahil olmak üzere bir çok gruptan tanısı olan 1378 hastadan oluşan klinik örnekleminde hastaların geçmişteki intihar eylemleri, mevcut intihar riskleri ve anksiyete duyarlılığı özellikleri ölçekler yardımıyla hesaplanmış olup çalışma sonucunda grup ayrımı olmaksızın örneklemin tamamında hem geçmişteki intihar eylemlerinin hem de mevcut intihar riskinin oranının bilişsel anksiyete duyarlılığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (188,189). Bilişsel anksiyete duyarlılığının '*kontrolünü kaybetme*', '*aklını kaçırma*' gibi korkulara olan duyarlılığı temsil ettiği düşünülecek olursa bedensel bazı belirtilere ya da toplum önünde yaşayacağı belirtilere duyarlılıktan öte bireyin intihara yönelmesinde etkili bir faktör olabileceği düşünülebilir. Panik Bozukluk ve Depresyon ile ilgili yapılan önceki çalışmalarda da bu bireylerin intihara yönelmelerinin daha çok anksiyetelerinin bilişsel belirtilerine tahamülsüzlükle ilişkili olduğu ve bu bireylerin intihar girişimlerini ön görebilmek açısından anksiyetelerinin bilişsel belirtilerinin bir belirteç olarak kullanılabilceği önerilmiştir (186-190).

Capron ve ark. konuyla ilgili diğer çalışmalarında TSSB hastalarında ve klinik dışı geniş bir örnekleminde de bilişsel anksiyete duyarlılığının intiharla ilişkisini tekrar göstermiş bu çalışmalardan birinde bilişsel anksiyete duyarlılığının yüksek olmasının yanında fiziksel anksiyete duyarlılığının da düşük olmasının intihar eylemini gerçekleştirme ihtimalini artırdığını, bu sonucunda eylemden korkmak ya da eyleme ilişkin fiziksel belirtileri daha düşük seviyelerde yaşamının bu süreci destekleyebileceği ile açıklamıştır (189). Bunun yanında anksiyete duyarlılığının intihar ve KZVD ile ilişkisinin stresle baş etme yöntemleri ve depresif belirtiler gibi diğer değişkenlerle de düzenlenebileceği akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda yer alan alt gruplarda intihar öyküsü bildiren katılımcı sayısı yetersiz olduğundan intihar öyküsü ile anksiyete duyarlılığı ilişkisi incelenememiştir ancak; bilişsel anksiyete duyarlılığı ile KZVD ilişkisi açısından sonuçları konuyla ilgili literatürle aynı doğrultudadır (185). Çalışmamızın KZVD

ve anksiyete duyarlılığı ile ilgili sınırlı literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

5.6.Sosyal Fobi Grubunda LSFBO Puanları ile Sosyo-demografik Özellikler Diğer Ölçek İlişkilerinin Karşılaştırılması

Sosyal Fobi grubunun hastalık şiddetini belirlemek için LSFBO toplam, kaygı ve kaçınma alt ölçek puanları kullanılmıştır. Çalışma grubunda yer alan Sosyal Fobi hastalarının LSFBO kaçınma puanı ile bireyin ayrı ayrı anne eğitim yılı ve baba eğitim yılı ile arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (sırasıyla; $r=-0.334$, $p=0.031$ ve $r=-0.357$, $p=0.020$). Ayrıca anne eğitim yılı ile LSFBO toplam puanı arasında da negatif korelasyon mevcuttur ($r= -0.306$, $p=0.049$). Bu bulgu, bireyin annesinin eğitim seviyesi azaldıkça kaçınma belirtilerinin ve toplam Sosyal Fobi belirtilerinin şiddetinin arttığı bireyin babasının eğitim seviyesi azaldıkça da yine kaçınma belirtilerinin şiddetinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Sosyal Fobi'nin gelişiminde sosyal öğrenmenin rolü halen geçerliliğini korumakta olup daha düşük eğitim seviyesine sahip ebeveynlerin toplum içerisinde geri planda olma, öz güven ve yeterlilik duygusunda azalma gibi kaçınma belirtilerinin daha ön planda olmasının bu bireylerin çocuklarında da model alma yoluyla bu tür davranışların daha fazla öğrenilmiş olmasıyla ilişkili olabilir. Aynı zamanda daha düşük eğitim seviyesine sahip ailelerde çocukluk çağı travmalarının daha sıklıkla yaşantılanmış olabileceği ihtimalinin de bireyin kaçınma belirtilerinde artışa yol açabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları ya da ailenin psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanmadığından bu bulgunun bu durumlarla ilişkisi incelenememiştir ancak literatürde hem ailenin eğitim seviyesinin hem de eğitim seviyesi ile ilgili diğer olası değişkenlerin bozukluğun şiddeti ile ilgili etkisi konusunda bizim bulduğumuz sonucu destekleyen çalışmalar yer almaktadır (23,191).

Sosyal Fobi grubunun hastalık belirti şiddeti ile dürtüsellik özelliklerinin ilişkisi incelendiğinde; Sosyal Fobi hastalarının dikkat dürtüselligi puanı ile LSFBO kaçınma alt ölçek puanı arasında negatif korelasyon olduğu bulundu

($r=-0.353$, $p=0.022$). Dikkat dürtüsellığı; konsantrasyon ve dikkatle ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi ya da bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük gibi özellikleri içerir. Dikkat dürtüsellığı yüksek bireylerin kaçınma davranışlarının daha düşük olması bu grup hastaların daha dürtüsel davranışlar sergileyerek tipik davranışsal inhibisyon belirtileri yerine; karşı taraftan beklenen eleştiri ya da olumsuz değerlendirilme durumundan önce aynı fırsatı yakalamak adına hızlı karar verme, disinhibisyon ve iletişim kusurları gibi impulsif davranışlara yönelmeleri ile ilişkili olabilir. LSFBO kaçınma puanı ile dikkat dürtüsellığı arasındaki negatif korelasyonun da çalışmamızda bulduğumuz ve daha önceki bazı çalışmalarla da desteklenen Sosyal Fobi hastalarının bir kısmının anksiyeteleri ile başa çıkmada tipik davranışsal geri çekilme ve inhibisyon yerine atipik, disinhibe ve impulsif davranışlar sergileyebildiğini destekler bir sonuç olarak yorumlanabilir (77,141,142).

Nicholls ve ark. 350 katılımcılı çalışmalarında bireyler LSFBO, Eysenck Dürtüsellik Değerlendirme Ölçeği puanlarına göre değerlendirilmiş LSFBO puanları düşük grubun kendi içerisinde dürtüsellik puanları düşük ve yüksek olanlar; LSFBO puanları yüksek olanların ise kendi içerisinde dürtüsellik puanları düşük ve yüksek olanlar olarak ayrılabildeğini dürtüsellığın Sosyal Fobi'nin şiddetini etkilemede tek başına rolü olmayabileceğini ancak diğer ek faktörlerin bu ilişki de belirleyici olabileceği sonucuna ulaşmışlardır (66). Bizim alışmamızda dikkat dürtüsellığının LSFBO ile ilişkili olarak bulunması çalışmamızda dürtüsellığın BDÖ-11 ile değerlendirilmiş olması ve BDÖ-11'in dikkat dürtüsellığı gibi dürtüsellığın Eysenck Dürtüsellik Değerlendirme Ölçeğinde değerlendirilen boyutlarından daha farklı bir boyutunu değerlendirebilmiş olmasından ileri gelebilir.

Bunun yanında anksiyete duyarlılığı, Sosyal Fobi hastalarının dürtüsellik özellikleriyle hastalık şiddeti arasında da KZVD ve dürtüsellik ilişkisinedekine benzer bir düzenleyici role de sahip olabilir. Anksiyete duyarlılığının Sosyal Fobi belirtileri ile ilişkisinin incelenmesi sonucunda ise; fiziksel ADI-3 puanı haricinde tüm alt ölçek puanları ve toplam ADI-3 puanı ile LSFBO toplam, kaygı ve kaçınma alt ölçek puanı arasında pozitif korelasyon olduğu bulundu. Sosyal

Fobi yapılan çalışmalarda özellikle toplumsal alt boyutu olmak üzere anksiyete duyarlılığı ile ilişkisi kanıtlanmış ruhsal bozukluklardan biridir (13,155,159).

Kolej öğrencilerinin fobik kaçınma düzeyleri ile anksiyete duyarlılıklarının ilişkisini inceleyen bir çalışma da Sürekli Kaygı Envanteri ve ADI kullanılmış olup, katılımcıların hem anksiyete düzeyleri hem de kaçınma düzeylerinin şiddeti anksiyete duyarlılıkları ile pozitif yönde korelesyonu olduğu bulunmuş aynı ilişki sürekli kaygı düzeyleri için ise gösterilememiştir (191). Anksiyete duyarlılığı Sosyal Fobi ilişkisini inceleyen diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda bilişsel anksiyete duyarlılığının da Sosyal Fobi belirtileri ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplum içerisinde olumsuz değerlendirilme, performans öncesi ya da sonrasında ruminsayon yoluyla olayı çarpıtılmış ve daha olumsuz olarak yorumlama gibi süreçlerin bilişsel anksiyete duyarlılığı yüksek olan bireylerin bu olumsuz ve çarpıtılmış değerlendirmeyi daha fazla uygulaması bunun sonucunda da hem bozuklukla ilgili kaygı hem de kaçınma belirtilerini şiddetlendirmesi beklenebilecek bir sonuçtur. Sosyal Fobi için anksiyete duyarlılığı değerlendirmesinde yalnızca toplumsal anksiyete duyarlılığı boyutunun değil bilişsel anksiyete duyarlılığı özelliklerinin de bozukluğun şiddetini ve psikoterapotik etkiyi değiştirebileceği klinisyenlerin akılda tutmaları gereken bir nokta olabilir.

5.7. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri; sık görülen ruhsal bozukluklar olmalarına rağmen fobi hastalarının ek psikiyatrik tanısı olmadan tedaviye daha az sıklıkta başvurması nedeniyle çalışma örnekleminin sayı olarak görece yetersiz olmasıdır. Bunun yanında Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi'nin görülme ve başvuru yaşları farklı aralıklarda olduğundan kontrol grubunun yaş aralığının her üç bozukluk için de uygun seçilmesinde zorluk yaşanmış bu nedenle de analizler yaş etkisi kovaryans analizi ile düzeltilerek yapılmıştır. Benzer zorluk çalışma gruplarının meslek dağılımları açısından da yaşanmış meslek dağılımına göre incelemeye ilgili bazı istatistiksel analizler, meslek dağılımı homojen olmadığından yapılamamıştır.

KZVD bildiren katılımcıların her grubun içinde sınırlı sayıda katılımcı olması nedeniyle KZVD ile ilgili gruplar arasında karşılaştırılma yapılırken bazı analizler için yeterli katılımcı bulunmaması çalışmamızın diğer kısıtlılıklarından biridir.

Bir diğer kısıtlılığımız yapılan değerlendirmelerin öz bildirim dayalı olması ve katılımcıların yapılandırılmış bir psikiyatrik görüşme yöntemiyle değerlendirilememiş olmasıdır. Ayrıca katılımcılar hedeflerimiz arasında olmaması sebebiyle DSM-5'de 'Daha Fazla Araştırmaya İhtiyacı Olan Tanılar' bölümüne yeni eklenen KZVB açısından da sorgulanmamıştır.

Son olarak; katılımcıların kişilik özelliklerine göre değerlendirilmemiş olması dürtüsellik ve KZVD ilişkisinde kişilik özellikleriyle ilgili değerlendirme yapmamızı kısıtlamıştır.

6. SONUÇ

Sonuç olarak Sosyal Fobi ve Agorafobi dürtüsellik özellikleri sağlıklı kontrollerden ve Özgül Fobi'lerden daha yüksek olan Anksiyete Bozuklukları arasında yer almaktadır. Bu hasta gruplarının içerisinde bir grup hasta diğerler fobi hastalarından beklediğimiz kaçınma davranışlarını daha az göstermekte ve anksiyeteleri ile başa çıkmak için dürtüsel davranışlar sergileyebilmektedir. Diğer yandan Sosyal Fobi grubunda dürtüsellik özelliği yüksek bireylerin dürtüselliklerinin hastalık seyrinde anksiyeteleri ile baş etme konusunda mı ortaya çıktığı ya da dürtüsellikleri nedeniyle sosyal ilişkilerinin başarısızlıklar sonucunda mı Sosyal Fobi belirtilerinin ortaya çıktığı ilişkisinin ortaya konulmasında uzunlamasına yürütülen daha geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır. Özgül Fobi alt tipleri arasında da dürtüsellik özellikleri açısından farklılıklar vardır.

Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi hastaları anksiyete duyarlılıkları açısından farklı özellikler sergileyebilmekte olup bu durumun bozuklukların gelişimde etkin ve belirleyici bir faktör olabileceği gibi bozukluğun seyrinde ortaya çıkmış bir durum da olabileceği bilinmelidir. Anksiyete Bozukluğu hastalarında anksiyete duyarlılığının bireylerin anksiyeteleriyle başa çıkmada dürtüsel davranışlar tercih etmesinde ya da KZVD uygulamasında düzenleyici bir rolü olabilir. Fobi hastalarında anksiyete duyarlılığının değerlendirilmesi ve gerekli ise bilişsel davranışçı müdahalelerle azaltılması yoluyla hem KZVD hem de diğer dürtüsel davranışlarda da iyileşme sağlanabilir.

Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgül Fobi hastalarında KZVD gözlenebilmektedir. Fobi hastalarının klinik görüşme sırasında KZVD açısından sorgulanması ve anksiyeteleriyle başa çıkma da KZVD'den daha etkin ve uyuma yönelik başa çıkma tutumlarının geliştirilmesinde fayda sağlayabilir. Ayrıca KZVD intiharı öngörme aracı olarak da kullanılabilirdiğinden bu grup hastalarda KZVD sorgulanarak ve tedavi edilerek intihar vakalarının azaltılması da mümkün olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Sosyal Fobi ve Özgül Fobi. Psikiyatri Temel Kitabı. İkinci baskı. pp. 184-205, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition). American Psychiatric Pub, Arlington, VA, 2013.
3. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *J Pscopharmacol.* 1999;13:180-192.
4. Spinella M. Neurobehavioral correlates of impulsivity: evidence of prefrontal involvement. *Int J Neurosci.* 2004;114:95-104.
5. Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Rizzato S, Swann AC, ve ark. Different measures of impulsivity in patients with anxiety disorders: a case control study. *Psychiatry Res.* 2012;197(3):231-236.
6. Aksoy A, Ögel K. Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2003;4(4):226-236.
7. Germain SAS, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Res.* 2012;197(1):78-84.
8. Turner BJ, Dixon-Gordon KL, Austin SB, Rodriguez MA, Rosenthal MZ, Chapman AL. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Res.* 2015;230(1):28-35.
9. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2011;22:187-193.
10. Reiss S. Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clin Psychol Rev.* 1991;11(2):141-153.
11. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller MB. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behav Res Ther.* 2004;42(1):79-91.
12. Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behav Res Ther.* 2007;45(8):1967-1975.

13. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull.* 2010;136(1):128-138.
14. Taylor S, Koch WJ, McNally RJ. How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *J Anxiety Disord.* 1992;6(3):249-259.
15. Grant DM, Beck JG, Davila J. Does anxiety sensitivity predict symptoms of panic, depression, and social anxiety? *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2247-2255.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-III-R)*. American Psychiatric Pub, Washington DC, 1987.
17. Sadock BJ. Sosyal Fobi, Agorafobi, Özgül Fobi. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt, Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry. Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. pp. 1082-1107, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2016.
18. Tillfors M. Why do some individuals develop social phobia? A review with emphasis on the neurobiological influences. *Nord J Psychiatry.* 2004;58(4):267-276.
19. Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fredrikson M. Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. *Biol Psychiatry,* 2002;52(11):1113-1119.
20. Warren SL, Schmitz S, Emde RN. Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(11):1403-1408.
21. Türkçapar MH. Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri.* 1999;2:247-253.
22. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child dev.* 1987:1459-1473.
23. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen psychiatry.* 2000;57(9):859-866.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub, Washington DC, 2000.

25. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5.Baskı. (DSM-5). Çev.Ed: Koroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
26. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria For Research (Vol. 2). World Health Organization, 1993.
27. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. pp:462-468, Nobel Tıp Kitapları, Ankara, 2011.
28. Watson JB, Rayner R. Conditioned emotional reactions. J Exp Psychol Gen. 1920;3(1):1.
29. Demir GÖ. Sosyal fobinin etiyolojisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmalara genel bir bakış. AID. 2009;4(1):10-15.
30. Türkçapar MH. Bilişsel Terapi: temel ilkeler ve uygulamalar. pp. 40-45, HYB Basım Yayın, 2017.
31. Dilbaz N. Sosyal fobi. Psikiyatri Dünyası, 1997;1(1):18-24.
32. Sungur MZ. Fobik bozukluklar. Psikiyatri Dünyası, 1997;1(1):5-11.
33. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res, 2012;21(3):169-184.
34. Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. Am J Psychiatry, 1999;156(2):246-251.
35. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry, 2001;158(11):1783-1793.
36. Seligman ME. Phobias and preparedness. Behav Ther, 1971;2(3):307-320.
37. American Psychiatric Association, & Committee on Nomenclature and Statistics. DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Pub, Washington DC, 1975.
38. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı

- sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 1998:77-98.
39. Freud S, Strachey J, Freud A, Strachey A, Tyson A. Two Case Histories ('Little Hans' and the Rat Man). Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1968.
 40. Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012;4(3):293-314.
 41. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychol*, 1977;16(1):57-68.
 42. Patton JH, Stanford MS. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J. Clin. Psychol*, 1995;51(6):768-774.
 43. Hollander E, Stein DJ. Clinical manual of impulse-control disorders. pp. 110-120, American Psychiatric Pub, Washington DC, USA, 2007.
 44. L'Abate, L. A family theory of impulsivity. pp. 55-60, American Psychiatric Pub, Washington DC, USA, 1993.
 45. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellikğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010;2:254-280.
 46. Holland PC, Gallagher M. Amygdala–frontal interactions and reward expectancy. *Curr. Opin. Neurobiol*, 2004;14(2):148-155.
 47. Cardinal RN, Pennicott DR, Lakmali C, Robbins TW, Everitt BJ. Impulsive choice induced in rats by lesions of the nucleus accumbens core. *Science*, 2001;292(5526):2499-2501.
 48. Mogenson GJ, Jones DL, Yim CY. From motivation to action: functional interface between the limbic system and the motor system. *Prog Neurobiol*, 1980; 14(2):69-97.
 49. Solnick JV, Kannenberg CH, Eckerman DA, Waller MB. An experimental analysis of impulsivity and impulse control in humans. *Psychol Learn Motiv*, 1980;11(1):61-77.
 50. Coccaro EF. Central serotonin and impulsive aggression. *Br J Psychiatry*, 1989:52-62.
 51. Evenden, J L. Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 1999;146(4):348-361.

52. Brown GL, Ebert MH, Goyer PF, Jimerson DC, Klein WJ, Bunney WE, Goodwin FK. Aggression, suicide, and serotonin: Relationships of CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry*, 1982;139:741-746.
53. Winstanley CA. The utility of rat models of impulsivity in developing pharmacotherapies for impulse control disorders. *Br J Pharmacology*, 2011;164(4):1301-1321.
54. Kheramin S, Body S, Mobini S, Ho MY, Velázquez-Martinez D, Bradshaw C ve ark. Effects of quinolinic acid-induced lesions of the orbital prefrontal cortex on inter-temporal choice: a quantitative analysis. *Psychopharmacology*, 2002;165(1):9-17.
55. Van Gaalen MM, Van Koten R, Schoffelmeer AN, Vanderschuren LJ. Critical involvement of dopaminergic neurotransmission in impulsive decision making. *Biol Psychiatry*, 2006;60(1):66-73.
56. Lee R, Petty F, Coccaro EF. Cerebrospinal fluid GABA concentration: relationship with impulsivity and history of suicidal behavior, but not aggression, in human subjects. *J Psychiatr Res*, 2009;43(4):353-359.
57. Rachlin H. The science of self-control. pp. 30-37, Harvard University Press, Boston, USA, 2000.
58. Barratt ES, Patton JH. Impulsivity: Cognitive, behavioral, and psychophysiological correlates. Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety, pp. 77-116 Lawrence Erlbaum Ass, Hillsdale, NJ, 1983.
59. Fenichel O, Rangell L. The psychoanalytic theory of neurosis. pp. 104-105, WW Norton & Company, Routledge, 1995.
60. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL ve ark. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2006;63(7):757-766.
61. Swann AC, Steinberg JL, Lijffijt M, Moeller FG. Impulsivity: differential relationship to depression and mania in bipolar disorder. *J Affect Dis*, 2008;106(3):241-248.

62. Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M. Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2009;10:198-203.
63. Willcutt EG, Pennington BF, Chhabildas NA, Friedman MC, Alexander J. Psychiatric comorbidity associated with DSM-IV ADHD in a nonreferred sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999;38(11):1355-1362.
64. Smulevich AB, Dorozhenok I, Romanov DV, L'vov AN. Hypochondria sine materia as a psychosomatic problem: a model of hypochondriac disorders realized in the cutaneous sphere. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova/Ministerstvo zdravookhraneniia i meditsinskoii promyshlennosti Rossiiskoi Federatsii, Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov Vserossiiskoe obshchestvo psikiatrov*, 2011;112(1):14-25.
65. Fahy T, Eisler I. Impulsivity and eating disorders. *Br J Psychiatry*, 1993;162(2):193-197.
66. Nicholls J, Staiger PK, Williams JS, Richardson B, Kambouropoulos N. When social anxiety co-occurs with substance use: Does an impulsive social anxiety subtype explain this unexpected relationship? *Psychiatry Res*, 2014; 220(3):909-914.
67. Starčević V. Relationship between panic disorders, agoraphobia, and personality disturbance: An overview of research findings, and pertinent issues. *Psihijatrija danas*, 1991;10-15.
68. Summerfeldt LJ, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups. *Pers Individ Dif*, 2004;36(3):539-553.
69. Jakuszkowiak-Wojten K, Gałuszko-Węgielnik M, Raczak A, Cabała WJ, Wiglusz MS, Herstowska M ve ark. Impulsivity in panic disorder: neuropsychological correlates. *Psychiatr Danub*, 2013;25(Suppl 2):149-152.
70. Gray JA. Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *J Res Pers*, 1987;21(4):493-509.

71. Barratt ES, Stanford MS, Dowdy L, Liebman MJ, Kent TA. Impulsive and premeditated aggression: a factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Res*, 1999; 86(2):163-173.
72. Perugi G, Del Carlo A, Benvenuti M, Fornaro M, Toni C, Akiskal K ve ark. Impulsivity in anxiety disorder patients: is it related to comorbid cyclothymia? *J Affect Disord*, 2011;133(3):600-606.
73. Barratt ES. Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, 1994;10:61-79.
74. Peluso MAM, Hatch JP, Glahn DC, Monkul ES, Sanches M, Najt P ve ark. Trait impulsivity in patients with mood disorders. *J Affect Disord*, 2007;100(1):227-231.
75. Taylor CT, Hirshfeld-Becker DR, Ostacher MJ, Chow CW, LeBeau RT, Pollack MH. Anxiety is associated with impulsivity in bipolar disorder. *J Anxiety Disord*, 2008;22(5):868-876.
76. Chamorro J, Bernardi S, Potenza MN, Grant JE, Marsh R, Wang S ve ark. Impulsivity in the general population: a national study. *J Psychiatr Res*, 2012;46(8):994-1001.
77. Kashdan TB, McKnight PE. The darker side of social anxiety when aggressive impulsivity prevails over shy inhibition. *Curr Dir Psychol Sci*, 2010;19(1):47-50.
78. Leary MR, Twenge JM, Quinlivan E. Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *J Pers Soc Psychol*, 2006;10(2):111-132.
79. Erwin BA, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behav Ther*, 2003;34(3):331-350.
80. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M. Mood disorder in group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatry*, 1992;55:103-105.
81. Rosen PM, Walsh BW, Rode SA. Interpersonal Loss and Self-Mutilation. *Suicide Life Threat Behav*, 1990;20(2):177-183.

82. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):283-289.
83. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J of Psychiatry*, 1983;140(7):867-872.
84. Kaya MC, Güneş M, Bulut M, Çöpoğlu ÜS, Bülbül F. Parmağını ampüte eden bir psikoz olgusu. *Dicle Tıp Dergisi*, 2013;40(1)
85. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 1998;68(4):609-620.
86. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*, 2010;6:339-363.
87. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 2007;27(2):226-239.
88. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:134-140.
89. Yüksel N. İntiharın Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2001;2:5-15.
90. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3:21-26.
91. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. Self-injurious behaviour and the Gilles de la Tourette syndrome: a clinical study and review of the literature. *Psychol Med*, 1989;19(03):611-625.
92. Singer HS, Szymanski S, Giuliano J, Yokoi F, Dogan AS, Brasic JR ve ark. Elevated intrasynaptic dopamine release in Tourette's syndrome measured by PET. *Ame J Psychiatry*, 2002;159(8):1329-1336.
93. Van der Kolk B, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991;148:1665-1671.
94. Emerson RA. The possible origin of mutations in somatic cells. *The Am Nat*, 1913; 47(558):375-377.
95. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annal*, 1992;22:60-63.
96. Tarlacı N, Yeşilbursa D, Türkcan S, Saatçioğlu Ö, Yaman M. B kümesi kişilik bozukluklarında kendini yaralamanın özellikleri. *Turk Psikiyatri Derg* 1997;8:29-35.

97. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. pp. 570-609, Cambridge university pres, Cambridge, 2013.
98. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner Jr TE. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality Disorders: Personal Disord*, 2012;3(2):167.
99. Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *JRSM*, 2014;107(5):194-204.
100. Zetterqvist M. DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2015;9(1):31.
101. Baral I, Kora K, Yüksel Ş, Sezgin U. Cinsel istismara uğramış erişkin kadınlarda kendine zarar verme davranışı ve tedavisi. *Nöropsikiyatri ars* 1996;33:49-54.
102. Aksoy A, Ögel K. Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2005;6:163-169.
103. Coughle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res*, 2009;43(9):825-829.
104. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 2010;15(8):868-876.
105. Chartrand H, Sareen J, Toews M, Bolton JM. Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depress and anxiety*, 2012;29(3):172-179.
106. Hawton K, Kingsbury S, Steinhardt K, James A, Fagg J. Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors. *J Adolesc*, 1999;22(3):369-378.

107. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*, 2006;115(3):616.
108. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*, 1989; 321(18):1209-1214.
109. Beck A T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. pp. 78-80, International University Press, New York, 1976.
110. Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *J Abnorm Psychol*, 1996;105(3):474-476.
111. Cox BJ, Endler NS, Swinson RP. Clinical and nonclinical panic attacks: An empirical test of a panic-anxiety continuum. *J Anxiety Disord*, 1991;5(1):21-34.
112. Van Beek N, Griez, E. Anxiety sensitivity in first-degree relatives of patients with panic disorder. *Behav Res Ther*, 2003;41(8):949-957.
113. Paulus MP, Stein MB. An insular view of anxiety. *Biol Psychiatry*, 2006;60(4):383-387.
114. Hinton DE, Chhean D, Pich V, Safren SA, Hofmann SG, Pollack MH. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *J Trauma Stress*, 2005;18(6):617-629.
115. Amir N, McNally RJ, Riemann BC, Burns J, Lorenz M, Mullen JT. Suppression of the emotional Stroop effect by increased anxiety in patients with social phobia. *Behav Res Ther*, 1996;34(11):945-948.
116. Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*, 1996;34(5):433-446.
117. Maller RG, Reiss S. Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *J Anxiety Disord*, 1992;6(3):241-247.
118. Watt MC, Stewart SH. Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *J Psychosom Res*, 2000;49(2):107-118.

- 119.Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Rosenbaum JF. Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *J Anxiety Disord*, 1992;6(2):93-104.
- 120.Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess*, 2007;19(2):176.
- 121.Mantar A. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir 2008.
- 122.Taylor S. Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety. pp:76-99, Routledge, 2014.
- 123.McNally RJ. Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biol Psychiatry*, 2002;52(10):938-946.
- 124.Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess*, 2009;31(3):215-219.
- 125.Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR ve ark. Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychol Med*, 1999;29(01):99-212.
- 126.Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, ve ark. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008;18(4):251-258.
- 127.Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Nöropsikiyatri ars*, 2013;50:130-134.
- 128.Bildik T, Somer O, Kabukçu Başay B, Başay Ö, Özbaran B. Kendine zarar verme davranışı değerlendirme envanteri'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*, 2012;23:49-57.
- 129.Dilbaz N. Liebowitz sosyal kaygı ölçeği geçerlik ve güvenilirliği. pp. 232 (37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, 2001.
- 130.Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*, 2015;17(3):327.
- 131.Marks IM. Fears and phobias. pp:76-101, Academic Press, 2013.

- 132.Şevik AE, Özcan H, Uysal E. İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 2012;15(4):218-225.
- 133.Erşan EE, Kılıç Ç. Sivas Numune Hastanesi acil servisine başvuran intihar girişimlerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2013;16(2):98-109.
- 134.McNally RJ, Lorenz M. Anxiety sensitivity in agoraphobics. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1987;18(1):3-11.
- 135.Mcnally RJ, Steketee GS. The etiology and maintenance of severe animal phobias. *Behav Res Ther*, 1985;23(4):431-435.
- 136.McNally RJ, Louro CE. Fear of flying in agoraphobia and simple phobia: distinguishing features. *J Anxiety Disord*, 1992;6(4):319-324.
- 137.Costello CG. Fears and phobias in women: A community study. *J Abnorm Psychol*, 1982;91(4):280.
- 138.Merckelbach H, de Jong PJ, Muris P, van Den Hout MA. The etiology of specific phobias: A review. *Clin Psychol Rev*, 1996;16(4):337-361.
- 139.Del Carlo A, Benvenuti M, Toni C, Dell'Osso L, Perugi G. Impulsivity in patients with panic disorder-agoraphobia: The role of cyclothymia. *Compr Psychiatry*, 2013;54(7):1090-1097.
- 140.Cloninger CR, Thomas R, Przybeck, & Dragan M, Svrakic. *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*, 1994.
141. Kashdan TB, Hofmann SG. The high-novelty-seeking, impulsive subtype of generalized social anxiety disorder. *Depress and Anxiety*, 2008;25(6):535-541.
142. Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: an analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *J Anxiety Disord*, 2008;22(6):925-939.
143. Mörtberg E, Tillfors M, Zalk N, Kerr M. An atypical anxious-impulsive pattern of social anxiety disorder in an adult clinical population. *Scand J Psychol*, 2014;55(4):350-356.
144. Kachin KE, Newman MG, Pincus AL. An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behav Ther*, 2001;32(3):479-501.

145. Williams KD. Ostracism: The power of silence. pp. 78-90, Guilford Press, 2002.
146. Salkovskis PM. The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behav Cogn Psychother*, 1991;19(01):6-19.
147. Leary MR, Twenge JM, Quinlivan E. Interpersonal rejection as a determinant of anger and aggression. *Behav Cogn Psychother*, 2006;10(2):111-132.
148. Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers Soc Psychol*, 2006;74(6):1773-1802.
149. Vohs KD. Self-regulatory resources power the reflective system: Evidence from five domains. *J Consum Psychol*, 2006;16(3):217-223.
150. Muraven M, Baumeister RF. Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychol. Bull.* 2000;126(2):247.
151. Tan O, Sayar GH, Ünsalver BÖ, Arat MM, Karamustafalıoğlu O. The Correlations of Nicotine Addiction with the Levels of Impulsiveness, Depression and Anxiety in Obsessive-Compulsive Patients. *Bağımlılık Derg*, 2014;15(3):124-133.
152. Eaton WW, Keyl PM. Risk factors for the onset of Diagnostic Interview Schedule/DSM-III agoraphobia in a prospective, population-based study. *Arch Gen Psych*, 1990;47(9):819-824.
153. Hayward C, Wilson KA. Anxiety sensitivity: A missing piece to the agoraphobia-without-panic puzzle. *Behav Modif*, 2007;31(2):162-173.
154. Zinbarg RE, Brown TA, Barlow DH, Rapee RM. Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A reanalysis teasing apart the contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *J Abnorm Psychol*, 2001;110(3):372-376.
155. Taylor S. Nature and measurement of anxiety sensitivity: Reply to Lilienfeld, Turner, and Jacob, *J Anxiety Disord*, 1996;10(5):425-451.
156. Andrews G, Slade T. Agoraphobia without a history of panic disorder may be part of the panic disorder syndrome. *J Nerv Ment Dis*, (2002;190(9):624-630.

157. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psych*, 1996;53(2):159-168.
158. Bienvenu OJ, Onyike CU, Stein MB, Chen LS, Samuels J, Nestadt GW, et al. Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *Br J Psychiatry*, 2006;188(5):432-438.
159. McWilliams LA, Stewart SH, MacPherson PS. Does the social concerns component of the Anxiety Sensitivity Index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity? *Behav Res Ther*, 2000;38(10):985-992.
160. Öhman A, Mineka S. Fears, phobias, and preparedness: toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychol Rev*, 2001;108(3):483.
161. Rachman S, Taylor S. Analyses of claustrophobia. *J Anxiety Disord*, 1993;7(4):281-291.
162. Deacon B, Abramowitz J. Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 2006;20(7):837-857.
163. Ehlers A. A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *J Abnorm Psychol*, 1995;104(1).
164. Gratz KL, Dixon-Gordon KL, Chapman AL, Tull MT. Diagnosis and characterization of DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder using the clinician-administered nonsuicidal self-injury disorder index. *Assessment*, 2015;22(5):527-539.
165. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psych*, 2005;62(11):1249-1257.
166. Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. Co-Occurrence of Anxiety and Bipolar Disorders: Clinical and Therapeutic Overview. *Depress and anxiety*, 2014;31(3):196-206.
167. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubick B, Goodyer I. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the

Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT).
Am J Psychiatry, 2011;168(5):495-501.

168. Miller MW, Kaloupek DG, Dillon AL, Keane TM. Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: a replication and extension using the PSY-5 scales. *J Abnorm Psychol*, 2004;113(4):636.
169. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011;50(8):772-781.
170. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psych*; 2005;62(10):1122-1128
171. Phillips RH, Alkan M. Some aspects of self-mutilation in the general population of a large psychiatric hospital. *Psychiatr Q*, 1961;35(3):421-423.
172. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 2007;37(8):1183-1192.
173. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicidal attempts in adolescents. *J Youth Adolesc*, 2010;39(3):233-242.
174. Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know, *Can J Psychiatry*, 2014:565-568.
175. Rawlings J, Shevlin M, Corcoran R, Morriss R, Taylor PJ. Out of the blue: Untangling the association between impulsivity and planning in self-harm. *J Affect Disord*, 2015;184:29-35.
176. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström Ö, Svedin CG. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 2013;41(5):759-773.
177. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*, 1997;31(4):451-465.
178. Janis IB, Nock MK. Are self-injurers impulsive? Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Res*, 2009;169(3):261-267.

179. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Jagar AA. Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behav Res Methods*, 2005;37(1):82-90.
180. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Preetve KN, Dawes MA, Hatzis ES, Nouvion SO. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res*, 2009;169(1):22-27.
181. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord*, 2010;1(1):67.
182. McCloskey MS, Look AE, Chen EY, Pajoumand G, Berman ME. Nonsuicidal Self-Injury: Relationship to Behavioral and Self-Rating Measures of Impulsivity and Self-Aggression. *Suicide Life Threat Behav*, 2012;42(2):197-209.
183. Carli V, Jovanović N, Podlešek A, Roy A, Rihmer Z, Maggi S, Sarchiapone M. The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters-A study of 1265 male incarcerated individuals. *J Affect Disord*, 2010; 123(1):116-122.
184. Comeau N, Stewart SH, Loba P. The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. *J Addict Behav Ther*, 2001;26(6):803-825.
185. Viana AG, Dixon LJ, Berenz EC, Espil FM. Trauma and Deliberate Self-Harm Among Inpatient Adolescents: The Moderating Role of Anxiety Sensitivity. *Psychol Trauma*, 2016;1:1-10
186. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav Res Ther*, 2001;39(6):635-649.
187. Capron DW, Fitch K, Medley A, Blagg C, Mallott M, Joiner T. Role of anxiety sensitivity subfactors in suicidal ideation and suicide attempt history. *Depress and anxiety*, 2012;29(3):195-201.
188. Capron DW, Cogle JR, Ribeiro JD, Joiner TE, Schmidt NB. An interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide attempt history and future suicidal ideation. *J Psychiatr Res*, 2012;46(2):174-180.

189. Capron DW, Kotov R, Schmidt NB. A cross-cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry Res*, 2013;205(1):74-77.
190. Allan NP, Capron DW, Raines AM, Schmidt NB. Unique relations among anxiety sensitivity factors and anxiety, depression, and suicidal ideation. *J Anxiety Disord*, 2014;28(2):266-275.
191. Cox BJ, Taylor S, Enns MW. Fear of cognitive dyscontrol in relation to depression symptoms: Comparisons between original and alternative measures of anxiety sensitivity. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 1999;30(4):301-311.



8. EKLER

EK 1. Klinik Araştırmalar İçin Etik Kurulu İzin Formu

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

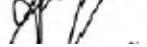
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgöl Fobi Hastalarının Dürtüsellik ve Kendine Zarar Verme Davranış Özelliklerinin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ	Düzce Üniversitesi Tıp Fak. Morfoloji Binası 4. Kat Konuralp-Düzce
	TELEFON	0380 542 14 16
	FAKS	0380 542 13 02
	E-POSTA	duzceetik@duzce.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Ahmet ATAÖĞLU					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D Konuralp - Düzce					
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI						
	DESTEKLEYİCİ						
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alırlar için)						
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ						
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>				
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>				
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>				
FAZ 4		<input type="checkbox"/>					
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>					
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>					
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>					
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>					
Diğer ise belirtiniz Anket alışmaları							
TEK MERKEZ	<input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input type="checkbox"/>	ULUSAL	<input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>

Beğe Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
----------	--------	-------------------	------

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU
İmza:



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sosyal Fobi, Agorafobi ve Özgill Fobi Hastalarının Dürüstlük ve Kendine Zarar Verme Davranışı Özelliklerinin Araştırılması		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLARAK FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DIĞER BELGİLER	Belge Adı		Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ELAV	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	Diğer:	<input type="checkbox"/>	
	Karar No:2015/73	Tarih: 14.12.2015	

Yukarıda belirtilen varlık hayvanı dışındaki diğer belgeler araştırma/çalışmanın gereğiyle, amacı, yöntemi ve yöntemleri etkileyecek maddelerin ve ekipman bulunması olup araştırma/çalışmanın hayvanı dışındaki belgelerle gerçekleştirilecek etik ve bilimsel amaçlara ulaşılmasına topluluğa katkıları için kurul üyelerinin onay ve izniyle gerçekleştirilecektir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun izin alınması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ahmet ATAĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Katılım *	İmza
			E	K	E	H	E	H
Prof. Dr. Hacıyan Y DCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. İbrahim MAVİOĞLU	Kanlı Damar Cerrahisi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyostatistik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet YAŞAR	Genel Cerrahi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mine ÇAĞLAR	Kadın Doğum	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrd. Doç. Dr. Uluk Turan Karpet İSOKRİMAN	Kanlı Damar Cerrahisi	Ahmet İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlhan Dr. Muhlis Zeynep YAVUZ	Farmakoloji	Ahmet İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Selhan Ahmet DUREDU	İş Adamı	Hyundai Özerler Bayi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Serik SÜLEK	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müavirliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

*:Toplanırsa Butuna

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ahmet ATAĞLU
İmza:



EK 2. Sosyo-demografik Form

Sosyodemografik Özellikler Formu

- Veri kod numarası:
- Hasta Grubu: SAB Agorafobi Özgül Fobi KG
Özgül Fobi ise tipi :
- Cinsiyeti: Kadın Erkek
- Yaşı:
- Kardeş sayısı:
- Eğitim yılı:
- Medeni hali: Evli Bekar Dul
- Meslek:
- Anne ve babanın eğitim yılı :
- Yaşadığı yer: Kentsel Kırsal
- Aylık ortalama gelirin bireye göre algısı: İyi Orta Kötü
- Sigara: Alkol: Madde:
- Ek psikiyatrik Hastalık:
- Suicid girişimi: Var Yok
- Var ise sayı :
- Varsa ise yöntem:

EK 3. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırm.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözme severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK 4. Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ -11 KISA FORMU

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estâgi gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				

12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

EK 5. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri(KZVDDE)

Kod no: _____

KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

1.Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):

Kesme	.....	Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	.....
Isırma	.....	Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	.....
Yakma	.....	Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	.....
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	.....	Cildi sert bir yüzeye sürtme	.....
Çimdikleme	.....	Kendine iğne batırma	.....
Saç kopartma (kökünden)	.....	Tehlikeli/zararlı madde içme/ yutma	.....
		Diğer	.....

Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.

2.Eğer temel bir kendine zarar verme davranışınız varsa birinci sayfadaki bu tür davranış(lar)ı daire içine alınız.

3.Hangi yaşta?

İlk kez kendinize zarar verdiniz?

En son ne zaman kendinize zarar verdiniz? (yaklaşık gün/ay/yıl)

4.Kendinize zarar verme davranışı sırasında fiziksel acı hisseder misiniz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

5.Kendinize zarar verme davranışı sırasında yalnız mı olursunuz?

Lütfen daire içine alınız EVET BAZEN HAYIR

6.Tipik olarak kendinize zarar verme dürtüsü oluşuktan ne kadar süre sonra eylemi gerçekleştirirsiniz?

Lütfen daire içine alınız

<1 saat	1-3 saat	3-6 saat
6-12 saat	12-24 saat	>1gün

7.Kendinize zarar verme davranışınızı sona erdirmek ister misiniz / istediniz mi?

Lütfen daire içine alınız EVET HAYIR

BÖLÜM II: İŞLEVLER

Yönerge:

Bu anket intihar amaçlı olamayan kendine zarar verme davranışı deneyimini daha iyi anlamamızı sağlamaya yönelik oluşturulmuştur. Aşağıda sizin kendinize zarar verme deneyiminizle ilişkili olabilecek ya da olmayabilecek durumlar bir liste olarak verilmiştir. Lütfen sizin için en uygun olan durumları belirleyiniz.

- Belirtilen durum size **hiç uygun değilse** "0" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **kısmen uygunsa** "1" işaretleyiniz
- Belirtilen durum size **çok uygunsa** "2" işaretleyiniz

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

1...kendimi sakinleşmiş hissedirim	0	1	2
2...kendim ve başkaları arasında sınır çizmiş olurum	0	1	2
3...kendimi cezalandırmış olurum	0	1	2
4...kendime özen göstermek için bir yol bulmuş olurum (yaramla ilgilenerek)	0	1	2
5... uyuşukluk hissinden kurtulmak için acı oluşturmuş olurum	0	1	2
6...intihar girişimi dürtümden kaçınmış olurum	0	1	2
7...heyecan ve coşku yaşatan bir şey yapmış olurum	0	1	2
8...akranlarımla aramda bir bağ kurulmuş olur	0	1	2
9...başkalarının hissettiğim duygusal acının boyutunu anlamalarını sağlamış olurum	0	1	2
10...acıya dayanıklılığımı görmüş olurum	0	1	2
11...kendimi berbat hissettiğime dair bir işaret bırakmış olurum	0	1	2
12...birisinden hincımı çıkartmış olurum	0	1	2
13...kendi kendime yeterliliğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
14...içimde biriken duygusal baskıdan kurtulmuş olurum	0	1	2
15...başkalarından ayrı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
16...değersiz veya akılsızlığımdan dolayı kendime duyduğum öfkeyi göstermiş olurum	0	1	2
17...duygusal stresime kıyasla baş etmesi daha kolay olan bir fiziksel yara yaratmış olurum	0	1	2
18...fiziksel acı bile olsa bir şeyler hissetmiş olurum (hiçbir şey hissetmemektense)	0	1	2
19...İntihar düşüncelerime gerçekten intihar girişiminde bulunmak yerine başka şekilde yanıt vermiş olurum	0	1	2
20...uç bir şey yaparak kendimi veya başkalarını eğlendirmiş olurum	0	1	2
21...başkalanna uyum sağlamış olurum	0	1	2
22...başkalarından ilgi ya da yardım istemiş olurum	0	1	2
23...güçlü veya dayanıklı olduğumu göstermiş olurum	0	1	2
24...duygusal acının gerçekliğini kendime göstermiş olurum	0	1	2
25...başkalarından intikam almış olurum	0	1	2
26...başkalarının yardımına bel bağlamadığımı göstermiş olurum	0	1	2

Lütfen arka sayfaya geçiniz

"Kendime zarar verdiğimde, ...

Yanıt

27...kaygı, hüsrân, öfke ve diğer bunaltıcı hislerim hafiflemiş olur	0	1	2
28...kendim ve başkaları arasında bariyer inşa etmiş olurum	0	1	2
29...kendimden hoşnut olmamam ya da kendimden iğrenmeme bir yanıt vermiş olurum	0	1	2
30...kendimi yarımın iyileşmesine odaklanm, bu; benim için sevindirici ya da tatmin edici olabilir	0	1	2
31...kendimi gerçek hissetmediğimde hala hayatta olduğumdan emin olmuş olurum	0	1	2
32...intihar düşüncelerimi sonlandırmış olurum	0	1	2
33...sınırlarımı zorlamış olurum (paraşütle atlamak ya da uçta bir şey yapmak gibi)	0	1	2
34...arkadaşlarım ve sevdiğilerimle aramda bir dostluk ya da akrabalık bağı simgesi oluşturmuş olurum	0	1	2
35...sevdiğim birinin benden ayrılmasına ya da beni terk etmesine engel olmuş olurum	0	1	2
36...fiziksel acıya katlanabileceğimi kanıtlamış olurum	0	1	2
37...yaşadığım duygusal stresi anlamlandırmış olurum	0	1	2
38...bana yakın birini incitmeye çalışmış olurum	0	1	2
39... özerkliğimi / bağımsızlığımı ortaya koymuş olurum	0	1	2

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, sizin için yukarıda sıralanmış olanlardan daha doğru durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

(İsteğe bağlı) Aşağıdaki boşluğa, size uymasa bile yukarıda sıralanmış olanlara eklenmesi gerektiğini düşündüğünüz durumlar var ise bir liste halinde yazınız:

EK 6. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)

ANKSİYETE DUYARLILIĞI İNDEKSİ-3 (ADI-3)

Lütfen her maddede sizin için en uygun olduğunu düşündüğünüz sayıyı daire içersine alınız. Eğer her hangi bir madde şimdiye kadar hiç yaşamadığınız bir şeyle ilgiliyse (örn: toplum içinde bayılmak), böyle bir deneyimi yaşamanız halinde nasıl hissedebileceğinizi temel alarak cevaplayınız. Bunun dışında, tüm maddeleri kendi deneyiminizi temel alarak cevaplayınız. Her madde için sadece bir sayıyı daire içersine almaya dikkat ediniz ve lütfen tüm maddeleri cevaplayınız.

	Çok Az	Az	Biraz	Fazla	Çok Fazla
1. Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2. Kafamı bir işe veremediğim zaman, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
3. Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
4. Midem rahatsız olduğunda, ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
5. Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.	0	1	2	3	4
6. Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.	0	1	2	3	4
7. Göğsüm sıkıştığında, düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.	0	1	2	3	4
8. Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
9. Diğer insanlar huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
10. Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
11. İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.	0	1	2	3	4
12. Kalbimin tekledeğini fark ettiğimde, bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
13. Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.	0	1	2	3	4
14. Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.	0	1	2	3	4
15. Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde, boğularak öleceğimden endişelenirim.	0	1	2	3	4
16. Net (berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.	0	1	2	3	4
17. Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
18. Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.	0	1	2	3	4

EK 7. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ)

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

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.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınınm
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınınm
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınınm

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

