



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE  
SOSYAL FOBİNİN YAYGINLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE  
KİMLİK OLUŞUMU ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. BÜLENT KADRİ GÜLTEKİN

DANIŞMAN

Prof. Dr. İ.Ferhan DEREBOY

**AYDIN – 2008**

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE  
SOSYAL FOBİNİN YAYGINLIĞI, YAŞAM KALİTESİ VE  
KİMLİK OLUŞUMU ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. BÜLENT KADRİ GÜLTEKİN

DANIŞMAN

Prof. Dr. İ.Ferhan DEREBOY

**AYDIN – 2008**

## TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimin oluŐmasında önemli katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Ferhan DEREBOY'a sonsuz teŐekkür ederim. Aynı Şekilde, uzmanlık eğitimimde katkıları olan sayın hocalarım Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK, Prof.Dr.Erkan ÖZCAN, Prof.Dr.Çiđdem DEREBOY ve Prof.Dr.Mehmet ESKİN'e, kısa bir süre de olsa çalışma fırsatı bulduğum Yard.Doç.Dr. Sermin KESEBİR ve Yard.Doç. Dr.Vesile ALTINYAZAR'a teŐekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim sırasında yakın dostluk ve desteklerini esirgemeyen asistan, hemŐire, psikolog arkadaşlarıma, sekreterimiz ve diğer personellerimize teŐekkür ederim.

Dr. Bülent Kadri Gültekin

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TABLO DİZİNİ .....	i
ŞEKİL DİZİNİ .....	ii
EKLER DİZİNİ .....	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Tanım ve Tarihçe .....	4
2.2. Klinik Belirtiler.....	8
2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri.....	8
2.4. Sosyal Fobi ile Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişkisi....	10
2.5. Yaygınlık.....	11
2.6. Demografik Özellikler ve Risk Etmenleri.....	13
2.7. Eştanı.....	14
2.8. Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Özkıyım.....	15
2.9. Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	16
2.10. Sosyal Fobinin Akademik Başarı Üzerine Etkisi.....	17
2.11. Ergenlik-Kimlik Gelişimi ve Sosyal Fobiyle İlişkisi.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	21
3.1. Araştırma Bölgesi ve Evrenin Özellikleri .....	21
3.2. Örneklem Büyüklüğü.....	21
3.3.Örnekleme Yöntemi.....	21
3.3. Araştırmanın Tipi.....	22
3.4. İzinler ve Ön Uygulama.....	22
3.5. Veri Toplama .....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.7. İstatistiksel Analiz.....	26
4. BULGULAR .....	27
5. TARTIŞMA .....	34
5.1. Yaygınlık ve Alt Tipler.....	34
5.2. Demografik Değişkenler ve Risk Faktörleri.....	36
5.3. Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Özkıyım .....	37

5.4. Ektanılar.....	39
5.5. Kimlik Gelişim Sürecine Etkisi.....	39
5.6. Yaşam Kalitesine Etkisi.....	40
5.7. Akademik Başarıya Etkisi.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	43
ÖZET/ SUMMARY .....	44
KAYNAKLAR .....	47
EKLER .....	57

**TABLO DİZİNİ****Sayfa**

Tablo I. Araştırmaya katılanlarda sosyal fobi sıklığı.....	27
Tablo II. Özgül sosyal fobisi olan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinde 1-4 şiddet puanına göre sosyal kaygısını $\geq 3$ olarak değerlendirdikleri maddeler.....	27
Tablo III. Araştırmaya katılanların Liebowitz sosyal anksiyete ölçek ve KDDA Skorları.....	28
Tablo IV. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri.....	29
Tablo V. Sosyal fobi varlığının bağımsız değişken olarak alındığı lojistik regresyon Analizi.....	30
Tablo VI. Araştırmaya katılanların sigara, alkol, madde kullanımı ve özyıkım Düşünceleri.....	31
Tablo VII. Katılımcılara eşlik eden eksen I tanı/eştanılar.....	31
Tablo VIII. Araştırmaya katılanların WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi skorları....	33
Tablo IX. Ektanısı olan ve olmayan sosyal fobiklerin WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi skorları.....	33
Tablo IX. Araştırmaya katılanların akademik başarı düzeyleri.....	33

## ŒEKİL DİZİNİ

## Sayfa

Œekil 1. Katılımcıların Liebowitz Sosyal Kaygı Puanı ile KDDA puanları arasındaki iliŒki.....32

## **KISALTMALAR**

DSM=Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders

SAB= Sosyal Anksiyete Bozukluğu

ÇKB= Çekingen Kişilik Bozukluğu

LSAÖ=Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği



## EKLER

Ek 1. : Sosyodemografik Veri Formu

Ek 2. : Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

Ek 3. : Türkler için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

Ek 4. : Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu), bireyin başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını yaşadığı toplumsal ortamlarda mahçup ya da rezil olacağı konusunda belirgin ve sürekli bir korkunun olmasıdır. DSM-IV'e göre sosyal fobisi olan kişi, korkulan toplumsal ortamlarda kaçma veya kaçınma davranışı gösterir, ya da yoğun anksiyete veya sıkıntıyla buna katlanır. En önemli klinik özellik, başkaları tarafından incelenme ve değerlendirilmeye yönelik mantıksız bir korku yaşanmasıdır (1).

Sosyal anksiyetenin 1990'lı yıllardan önce hem toplum hem de psikiyatri tarafından yeterince önemslenmemiş olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun başlıca nedenleri; çocuklarda sosyal anksiyetenin hem aile, hem de okul çevresinde bir problem olarak görülmemesi, dışa yönelmiş bozukluklarda olduğu gibi yıkıcı davranışlarla çocuğun başkalarına zarar vermiyor olması, sosyal ortamlarda geri planda ve genellikle sessiz kalmayı tercih eden çocukların 'çekingen' olarak görülmesi ve onların bu özelliğinin kişiliklerinin bir parçası olarak kabul edilmesi, sosyal anksiyetenin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilmekten korkmanın yardım aramayı engellemesi, eşlik eden bedensel belirtiler nedeniyle kişilerin diğer tıp birimlerine başvurarak zaman kaybetmeleri sayılabilir.

Sosyal fobi son yıllarda araştırmacı ve klinisyenlerin giderek daha fazla ilgisini çeken bir psikiyatrik bozukluktur. Sosyal fobi hakkındaki bilgiler arttıkça, sosyal fobinin sanıldığından çok daha sık görüldüğü ve hastaların yaşamlarında ciddi güçlükler yol açtığı anlaşılmaktadır. ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalar, toplumun %13'ünü etkileyen sosyal anksiyete bozukluğunun (SAB) en yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu, major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra üçüncü sırada en sık görülen psikiyatrik hastalık olduğunu göstermiştir (2, 3). Ergenlerle yapılan çalışmalarda da sosyal fobinin yaşam boyu prevalansı %5-15 oranında saptanmıştır (4). Başlangıç yaşının diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarına göre daha düşük olması sosyal fobiyi çocuk ve ergenler için daha da önemli kılmaktadır (5).

Sosyal fobikler arasında sosyal korkuların sayısı, tipi, kaçınma durumlarının sıklığı, işlevsellik seviyesi, sosyodemografik özellikler, başlangıç yaşı, yaşam tatmini, sosyal beceriler, özgüven farklılıkları ve farklı terapotik müdahaleler gerektirmesi sosyal fobi alt tiplerini tanımlama gereksinimine yol açmış ve bu konu tartışmalı olmaya devam etmiştir. Ancak halen en çok kabul gören yaklaşım, yaygın ve özgül tipin varlığıdır. Sosyal durumların bir ya da birkaçından korku duyup kaçınan hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korkan ve kaçınan hastalar için ise yaygın tip SAB tanımlanmıştır. Yaygın tip SAB olan hastalar tipik olarak kişilerarası ilişki gerektiren ya da başkaları tarafından izleneceklerini düşündükleri hemen her ortamdan korkar ve kaçınırlar (6-10).

Her iki SAB tipinde de çekirdek belirtilerden biri, diğer insanların önünde konuşmaktan korkma olup, sosyal fobiklerin %90'ından fazlasında varlığı saptanmıştır (11-13). İzleyici önünde konuşurken pek çok kişi kalp çarpıntısı, kas gerginliği, titreme gibi fizyolojik tepkiler ve hafif rahatsızlık gösterir ancak bu durum kısa bir süre sonrasında yerini rahatlık hissine bırakır. Ancak bu durum sosyal fobiklerde ciddi rahatsızlıklara yol açarak aşırı anksiyeteye buna dayanma ya da kaçınma davranışına yol açar. Bir grup önünde konuşma her türlü eğitim sisteminde varolan ve aynı zamanda çoğu kez kaygı yaratan bir durumdur. Normal popülasyonun %15-30'unun bu durumda aşırı korku yaşadığı düşünülmektedir (14-16).

SAB'nin ortaya çıkışında genetik, amigdala temelli korkuya yatkınlık, davranışsal inhibisyon, travmatik bir deneyim, sosyal beceri eksikliği, bilişsel önyargılar, ebeveyn rol-modelleri, akran ilişkileri, kültürel farklılıklar, çocukluk çağı yaşam olayları vb. etkili olmakla beraber; günümüzde tek bir faktörden çok birden fazla faktörün birlikte etkin olduğunu öne süren çoklu model (entegratif model) kabul görmektedir.

Düşük sosyoekonomik seviye, düşük sosyal sınıf, hiç evlenmemiş olma, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, hastalığın erken dönemlerinde sosyal destek eksikliği gibi faktörler potansiyel risk etmenleri içinde sayılmaktadır (17). Yüksek riskli grupların belirlenmesi, özel girişimlerin geliştirilmesi ve belirtilerin var olduğu ama henüz hastalığın tam olarak gelişmediği durumlarda erken girişimde bulunulması bakımından oldukça önemlidir.

Sosyal fobide yaşam boyu ektanı oranı oldukça yüksek olup özellikle depresif bozukluklar, diğer anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımının sosyal fobiyle birlikteliği sıktır (18, 19). Sosyal anksiyetesi olanlar, sosyal etkileşimlerinde anksiyetelerini kontrol etmek amacıyla alkol, sigara ve madde kullanma davranışlarına da yönelebilmektedirler. SAB'nin erken tanınması ve tedavi edilmesi ikincil durumların ortaya çıkmasının engellenmesi açısından da ayrı bir öneme sahiptir.

Ergenliğin son aşamasına karşılık gelen üniversite eğitimi döneminde birey kendisini özerk bir kimse olarak kabul ettirme ve kendini gösterme çabası içine girmektedir. Bu dönemde genç için sosyal ilişkilerde başkaları üzerinde bıraktığı izlenimlerin niteliği çok önemlidir. Bundan dolayı birey kendisi ile ilgili büyük bir beklenti içine girer. Birey bu beklentilere cevap veremezse sosyal kaygı düzeyi artar ve sosyal fobi kendini göstermeye başlar. Öte yandan üniversiteye girişle beraber birey sosyalleşmenin en yoğun olduğu bir ortama girer. Burada olumlu sosyalleşme sürecini yaşayamayan bireyde gelecek yaşamında karşılaşacağı zor durumlara karşı ayakta durmada zorluk çekme, özgüven duygusunu geliştirememesi ve sonrasında kimlik bocalaması gelişebilir.

21. yüzyıla girerken bilgi toplumuyla beraber, yaşam kalitesi kavramı ön plana çıkmış ve bireylerin yaşam kalitelerini artırma ve doyum verici bir yaşam arayışı başlamıştır. Yaşamı etkileyen çeşitli hastalıkların ve faktörlerin yaşam kalitesine etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Uzun yıllar ruhsal

bozukluklar ve özellikle anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesine etkisi göz ardı edilmiş ve sadece semptomlardaki düzelme dikkate alınmıştır. Son yıllarda yaşam kalitesi kavramının ön plana çıkmasıyla birlikte bu konuyla ilgili çalışmaların arttığı ve sosyal fobinin de yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilere sahip olduğu görülmüştür.

Sosyal fobi kişinin yaşantısını tüm önemli alanlarda etkileme eğilimindedir. Sosyal fobik bireyler iş yaşamında, eğitim alanında, sosyal ve duygusal ilişkilerinde önemli sorunlar yaşamaktadır. SAB'li öğrenciler sınıf önünde konuşmaktan sıkıntı duyma, okul ve sınıfta gerginlik hissi nedeniyle lise ve üniversite döneminde başarısızlık yaşamakta ya da okulu bırakmaktadırlar (20). Bu nedenle erken tanınıp tedavi edildiği oranda okuldan zevk almaları, lise ya da üniversiteyi tamamlamaları ve bunun sonucunda topluma katılıp katkı yapmaları sağlanmış olacaktır. Aksi durumda sosyal anksiyeteleri olanlar başarılı akademisyenlik ve iş yaşamı fırsatını kaçıırıp topluma yük olur boyuta gelecek, 21. yüzyılın artan teknoloji ağırlıklı karmaşık dünyasında lise ya da üniversiteyi tamamlayamayıp işe yaramazlık ve işsizlikle karşı karşıya kalacaklardır.

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığını, ortaya çıkışında etkili olan faktörleri araştıran az sayıda çalışma vardır. Akademik başarı, yaşam kalitesi ve kimlik gelişim sürecine olan etkilerini araştıran çalışmalara ise rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın amaçları;

1. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin görülme sıklığını saptamak ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini incelemek,
2. Sosyal fobisi olan bireylerdeki eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukları saptamak
3. Sosyal fobi varlığının alkol/madde kullanımı ve özkıyım düşüncesine etkisini belirlemek
4. Sosyal fobinin kimlik gelişim sürecine etkisini incelemek
5. Sosyal fobinin üniversite öğrencilerinde akademik başarı, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Tanım ve Tarihçe

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) veya sosyal fobi 1980’de DSM-III ile psikiyatrik tanı sınıflamasına dahil olmuştur. Liebowitz ve arkadaşlarının 1985’de “ihmal edilmiş anksiyete bozukluğu” başlıklı yayını ile psikiyatri biliminde bu konuda çalışmalar büyük bir ivme kazanmıştır (21). Uzun bir süre bir grup klinisyenin bu hastalığı normal bir kişilik özelliği veya aşırı utangaçlık gibi ele alması, diğer taraftan bir başka grubun ise kişilik bozuklukları sınıfı içinde değerlendirmesi SAB konusunun göz ardı edilmesine yol açmıştır.

Sosyal fobi bir ucunda normal utangaçlığın/çekingenliğin yer aldığı bir süreklilik içinde düşünülebilir. Aslında utangaçlıkla sosyal fobi arasındaki sınır çizgisinin belirlenmesinde, işlevsellikte bozulma dışında ciddi bir ayırım ortaya konmuş değildir. Sosyal fobi ilk kez Janet tarafından 1900’lü yılların başında başkalarının izlenirken konuşmak, yazı yazmak ya da piyano çalmak gibi durumlardan korku duyan hastaları betimlemek için kullanılmıştır (22).

İlk iki DSM sınıflandırmasında bu tanıya yer verilmemiştir. Bu dönemlerde sosyal fobiyi andıran belirtiler fobik bozuklukların bir alt grubu olarak sınıflandırılmıştır. 1966 yılında da Marks ve Gelder (23), agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobisi ve özgül fobiler olarak fobileri dörde ayırmış ve böylelikle sosyal fobinin ayrı bir antite olarak DSM sistemine girmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır. DSM-III’ün geliştirilmesiyle birlikte, belirli fobilerin niteliksel olarak farklılık gösterdiği verilerle desteklenmiş ve sosyal fobi ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır. Sosyal fobi, DSM-III’te ilk yer aldığı dönemde, başkası tarafından gözlenirken veya performansa dayalı durumlarda (toplum içinde konuşma, başkalarının yanında yemek yeme veya yazı yazma) dikkatle izlenmeden aşırı korku duyma olarak tanımlandı. Bu gibi durumlarla karşı karşıya kalındığında, panik benzeri belirtilerin geliştiği (kalp çarpıntısı, titreme, kızarma, terleme vb.) ve bireylerin bu gibi durumlardan kaçınarak veya büyük bir gerilim yaşayarak tahammül etmeye çalıştıkları belirtildi. DSM-III’e göre, bireylerin korkularını anlamsız veya abartılı olarak tanımlamaları gerekiyordu. Eğer kaçınılan sosyal durum çok sayıda ise, II. eksen tanısı olan çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB), sosyal fobi tanısının yerini alıyordu. Sonuçta birçok bireye, sosyal fobi tanısından ÇKB tanısı konulmuş oldu. Birçok konuda bu iki tanım çakıştığı için, ÇKB geniş bir yayılım alanı olması, yoğun aşağılık duygusu içermesi ve başlama yaşının erken olmasıyla sosyal fobiden ayrıştırılmaya çalışılmıştır (1).

Ayrırcı tanının yetersizliğinin tedavi yöntemlerinin de etkisiz ve yetersiz olmasına yol açması sonucu, DSM-III-R’de sosyal fobi tanısı genişletilip, sınıflama ölçütleri değiştirilerek birçok sosyal durumdan korkan bireyler de bu tanı grubuna dahil edilmiştir. Bu değişiklik ile ÇKB bir dışlama ölçütü olarak tanımlanmıştır. Sonuç olarak, DSM-III-R’de, performansı (konuşma yapmak, toplantıda

konuşmak) ve etkileşimsel durumları (yabancılarla konuşmak, partiye katılmak) kapsayan birçok durumdan korkan bireyler için yaygın alt tip tanımlanmıştır. Bu alt tipe uymayanlara ise “yaygın olmayan”, “sınırlı” veya “özümlü” adı verilmiştir.

DSM-IV (24) tanı sisteminde sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve adı SAB olarak değiştirilmiştir. Ayrıca bu tanının çocuklarda da konulabilmesi için yeni maddeler eklenmiştir. ICD-10 (25) ile DSM-IV tanı ölçütleri birbiriyle örtüşmektedir. Bununla birlikte ICD-10 tanı sistemi anksiyete belirtilerine ağırlık verirken, DSM-IV bilişsel belirtileri ön plana almaktadır. SAB'nin DSM-IV'e göre ve ICD-10'a göre tanı ölçütleri aşağıda verilmiştir:

## **Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri**

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

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

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

Not: Çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurulabilir.

**C.** Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

Not: Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

**D.** Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

**E.** Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitimle ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar veya fobi olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır.

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

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

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

### **Varsa belirtiniz:**

**Yaygın:** Korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (Örneğin söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme).

**Not:** Çekingen kişilik bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.

## **Sosyal anksiyete bozukluğunun ICD-10'a göre tanı ölçütleri**

**A.** Aşağıdakilerden birisi bulunmalıdır:

- 1.** Dikkat odağı olmayla ilgili ciddi korku ya da utanacağı ya da küçük düşeceği biçimde davranma korkusu
- 2.** İlgi odağı olmaktan ya da utandırıcı ya da küçük düşürücü şekilde davranma korkusu olan durumlardan kaçınma

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

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

- 1.** Kızarma ya da titreme
- 2.** Kusmaktan korkma
- 3.** İdrara sıkışma ya da idrar ya da dışkı kaçırma korkusu

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

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

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



## 2.2. Klinik Belirtiler

SAB fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. DSM-IV tanı sistemine göre B tanı ölçütünde, korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir. (26).

SAB'de kişinin korkulan durumla karşılaşması panik atağı yaşatabilir. Ancak, panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da sıkışma hissi görülürken SAB'de daha çok terleme, yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür. Güz ve Dilbaz (27) panik bozukluğu ve SAB tanısı konmuş hastaları karşılaştırdıkları çalışmada, yüz kızarması, titreme gibi dışardan da belli olabilecek belirtilerin SAB olan hastalarda, panik bozukluğu olan hastalara göre daha sık görüldüğünü saptamışlardır. SAB'de sık görülen fiziksel belirtiler; çarpıntı (%79), titreme (%74), kaslarda gerginlik (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız kuruluğu (%61), sıcak basması-ürperme hissi (%57), başta basınç-baş ağrısı (%46) olarak bildirilmiştir (28).

## 2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri

Sosyal fobikler, heterojen bir hasta grubu oluştururlar. Sosyal fobikler arasında sosyal korkuların sayısı, tipi, kaçınma durumlarının sıklığı, korkular nedeniyle ortaya çıkan işlevsellik seviyesi, sosyodemografik özellikler, başlangıç yaşı, yaşam tatmini, sosyal beceriler ve özgüven açısından farklılıklar vardır (6-10). Bu durum farklı özellikler ve terapötik müdahaleler gerektiren sosyal fobi alt tiplerini tanımlamanın gerekli olup olmadığı tartışmalarına yol açmıştır. Son yıllarda sosyal fobi alt tiplerini tanımlama çalışmaları artarken konu tartışmalı olmaya devam etmektedir. Manuzza ve arkadaşlarının (10) yaygın ve özgül sosyal fobi arasındaki farkları araştırdıkları bir çalışmada yaygın sosyal fobili olguların genellikle bekar olmaları, erken başlangıç yaşına sahip olmaları, kişilerarası ilişkilerden duyulan korkunun daha önde gelmesi ve atipik depresyon ile alkolizmin daha fazla görülmesi bakımından diğerlerinden ayrıldığı bulunmuş, yaygın sosyal fobi kavramının kullanışlı ve faydalı olduğu sonucuna varılmıştır.

Önceden değinildiği gibi sosyal fobi ilk kez DSM-III ile sınıflamada ayrı bir tanısalsal kategori olarak yer almıştır. Ancak DSM-III'teki tanımda sosyal fobi daha çok belirli bir toplumsal ya da edimsel durumdan duyulan bir korku gibi sunulmuş, bu durumların çokluğu halinde çekingen kişilik bozukluğu tanısı önerilmiştir. DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR'de korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa yaygın tipten söz edilmektedir. Ancak bu tiplene söz konusu olacaksa yaygın

tipten başka tiplerin de söz konusu olması gerekir. Oysa DSM’de buna değinilmemiş, yaygın tipten söz edilerek diğer tip ya da tiplerin varlığı ima edilmiştir. Bu “diğer” tip, “yaygın olmayan sosyal fobi”, “özgül sosyal fobi”, “sınırlı sosyal fobi” gibi değışik adlarla anılmaktadır.

DSM-IV’teki “çoğu toplumsal durumlar” tanımlaması da farklı şekillerde yorumlanmıştır. Bazı araştırmacılar çoğu toplumsal durumları kantitatif boyut olarak değerdendirmiş ve korkulan durumun sayıca çokluğu bakımından yaygın sosyal fobinin özgül sosyal fobiden ayrılması gerektiğini belirtmişlerdir. Örneğin Heimberg ve arkadaşları (8) özgül sosyal fobiyi klinik olarak önemli anksiyeteye yol açmayan en az bir sosyal alandaki korku olarak tanımlamış, Hofman ve Roth (29) ise yaygın sosyal fobi tanısının en az dört sosyal durumda korku yaşanmasıyla konabileceğini belirtmişlerdir. Stein ve arkadaşları (16) tarafından yapılan çalışmada da korkulan durum sayısı ile sosyal fobi kaynaklı anksiyetenin arttığı, işlevselliğin azaldığı ancak kesin bir kesme noktasının verilemeyeceği belirtilmiştir. Bir kısım araştırıcı ise “çoğu toplumsal durumlar” tanımlamasını kalitatif olarak ele almış ve yaygın sosyal fobinin korkulan sosyal durumların tipiyle diğerlerinden ayırt edilebileceğini belirtmişlerdir. Tipik olarak partiye katılma, bir iletişimi başlatma gibi etkileşimsel alanlardaki sosyal korkuları olanları yaygın sosyal fobili olarak, bir gruba konuşma, umumi yerlerde yemek yemek ya da yazmak gibi performans alanlarında korkuları olanları ise özgül sosyal fobi olarak ayırmışlardır (30, 31). Hatta bazı araştırmacılar benzer sosyal durumlardan oluşan korku alanlarına göre sosyal fobiyi etkileşimsel ve durumsal diye ikiye ayırmışlardır. Ancak tüm bu ayrımlar örneklemin farklılığı, yöntemlerin çeşitliliği ve kültürel farklılıklar yüzünden çeşitlilik göstermiştir.

Sosyal fobiyi alt tiplere ayırma çabalarının her bakımdan önemli olduğu çoğu araştırmacının ortak düşüncesidir. Öncelikle fenomenolojik olarak farklı olduklarının göz önüne alınması, farklı terapi süreçlerinin planlanması, hastalık şiddetinin saptanması, hastalığın sürekliliğinin belirlenmesi açısından alt tiplerin ayrılması önemli bulunmuştur.

Sosyal durumların bir ya da birkaçından korku duyup kaçınan hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korkan ve kaçınan hastalar için ise yaygın tip tanımının kullanılması bugün geçerli olan görüştür. Yaygın tip SAB olan hastalar tipik olarak kişilerarası ilişki gerektiren ya da başkaları tarafından izleneceklerini düşündükleri hemen her ortamdan korkar ve kaçınırlar. Her iki SAB tipinde de çekirdek belirtilerden biri, diğer insanların önünde konuşmaktan korkmadır ve hastaların %90’ından fazlasında varlığı saptanmıştır (11-13). Yaygın tip SAB olan bireyler başkalarına göre toplumsal becerilerde daha fazla hata yapma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte daha fazla bozulma gösterme eğilimi taşırlar. Yaygın tip SAB olan bireylerin, özgül tipte olanlara göre, sosyal ilişkilerde daha büyük anksiyete yaşadıkları ve depresyon, kaçınma ve anksiyeteleri ile ilgili olumsuz bireysel değerdendirmelere daha fazla sahip oldukları gözlemlenmiştir. Wittchen ve arkadaşları (32),

aşğılanmaktan daha fazla korku duyanlarla, korkulan durumların sayısı fazla olanlarda SAB'ye ilerlemenin olduğunu bildirmişlerdir. Hastalığın şiddeti ve oluşturduğu kayıplar dışında alt tipler arasında patofizyoloji, etyoloji ve tedaviye yanıt açısından da nicel farklılıklar mevcuttur (33). Sınırlı tipte, konuşma yapma veya grup ile etkileşim sırasında yaygın tipe göre kardiyak tepki daha fazladır (34, 35). Etiyolojik değişkenler açısından bakıldığında yaygın tip SAB'nin çocukluk çağı utangaçlık öyküsü ile daha sık birlikteliğinin olduğu, özgül tip SAB'de ise daha sıklıkla travmatik bir yaşantının mevcut olduğu saptanmıştır. Buna göre, yaygın tipte kalıtsal özellik daha önemlidir (36).

#### **2.4. Sosyal Fobi ile Çekingen Kişilik Bozukluğu İlişkisi**

Geçen 10 yıl boyunca sosyal fobi ile ÇKB arasındaki benzerlikler oldukça dikkat çekmiştir. DSM-III-R'de hem sosyal fobi hem de ÇKB'nin temel karakteristiği olumsuz değerlendirilme korkusu olup bu da sosyal ortamlardan kaçınma ya da rahatsızlık hissine yol açmaktadır. Yaygın sosyal fobinin tanımlanması bu bozukluk ile ÇKB arasında büyük oranda kavramsal örtüşmeye yol açmıştır. Çünkü DSM-III-R'deki ÇKB tanı kriterlerinden yedisinden altısı sosyal fobi tanı kriteriyle açıkca ilişkiliydi. Ayrıca her ikisinin de başlangıç yaşı aynı olup geç çocukluk dönemi ya da ergenliğin erken dönemlerinde başlamaktadırlar (37). Araştırmacılar yaygın sosyal fobi ile ÇKB'nin sadece işlevselliğin şiddeti bakımından farklı olduğunu belirtmişlerdir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada ÇKB'ye sahip olanların yaygın sosyal fobisi olanlara göre daha yüksek seviyede kaçınma, depresif semptomlar, nörotisizm, içe dönüklük, sosyal ve mesleki başarısızlık yaşadığı saptanmıştır (38).

ÇKB ile sosyal fobinin yaygın tipi arasındaki ayrımın nasıl yapılacağı tartışmalıdır. Tyrer (39) sosyal fobide kişinin toplumsal bir ortama girdiğinde sıkıntı ve küçük düşme korkusu sonucunda kaçındığını (dikkat kişinin kendisine yönelik); çekingen kişilikte ise kişinin algıladığı eleştiriden dolayı (dikkat dışarıya yönelik) kaçınma davranışı sergilediğini söylemektedir.

Dahl (40) da yaygın sosyal fobi ile çekingen kişilik bozukluğu arasındaki ayrımın çok güç olduğunu belirtmektedir. Yaygın sosyal fobinin bir kişilik bozukluğu için aranan ölçütleri karşıladığına dikkat çekmektedir. Sosyal fobi, kronik bir hastalık oluşu, erken yaşta başlaması, yaygın oluşu gibi özellikleri ile bir kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılar görünmektedir. Ayrıca bazı ilaç çalışmalarında çekingen kişilik bozukluğunun eşlik ettiği sosyal fobili olgularda ilaç tedavisinden sonra çekingen kişilik bozukluğu ölçütlerini karşılar olmaktan çıkmasının da çekingen kişilik bozukluğu tanısının geçerliliğine kuşku düşürdüğünü söyleyerek iki tanı arasındaki sınır çizgisinin bulanık olduğunu belirtmektedir.

Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu ile çekingen kişilik bozukluğunun yapısal analiz ve tedavi sonuçları değerlendirilerek yapılan bir karşılaştırma çalışmasında, ÇKB olanların yaygın sosyal fobisi olanlara göre daha depresif oldukları, işlevselliklerindeki bozulmanın daha fazla olduğu, ÇKB'nin

eşlik ettiği SAB'lerin yalnız SAB'si olanlara göre tedaviye daha hızlı yanıt verdikleri saptanmış. Bu iki tanının birbiriyle oldukça yakın ilişkili oldukları ancak farklı yönleri nedeniyle farklı tanı kategorileri olarak kalmalarının yararlı olacağı kanaatine varılmıştır (41).

Sevinçok ve ark. (42) tarafından sosyal fobi ile çekingen kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada 17 sosyal fobi olgusunda ÇKB varlığı araştırılmış, sosyal fobili olguların tümünde ÇKB saptanmış ve bu iki tanının birlikte ele alınması gerektiği belirtilmiştir.

## 2.5. Yaygınlık

SAB çocuklarda ve özellikle ergenlerde oldukça yaygın olmasına rağmen çocuk, ergen ve üniversite öğrencilerinde yapılmış az sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Amerika'da yapılan bir çalışmada ergenlerde sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %5-15 oranında saptanmıştır (4).

Yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalar SAB'nin en yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu ve toplumun %13'ünü etkileyerek major depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra en sık görülen üçüncü psikiyatrik hastalık olduğunu göstermiştir (2,3). Diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarına göre başlangıç yaşı görece daha düşük olup ortalama başlangıç yaşı 15.5 yıldır (5).

İzleyici önünde konuşurken pek çok kişi hafif rahatsızlık ve kalp çarpıntısı, kas gerginliği, titreme gibi fizyolojik tepkiler gösterir ve kısa sürede yerini rahatlık hissine bırakır. Ancak bu durum sosyal fobiklerde ciddi rahatsızlıklara yol açarak aşırı anksiyeteye buna dayanma ya da kaçınma davranışına yol açar. Bir grup önünde konuşma her türlü eğitimde çok yaygın bir aktivitedir. Topluluğa karşı konuşma çok yaygın bir korku olup normal popülasyonun %15-30'unun bu durumda aşırı korku yaşadığı düşünülmektedir (14-16).

DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılarak yapılan Ulusal Eşitlik Çalışması'nda, SAB'nin bir yıllık yaygınlığı %7.9, yaşam boyu yaygınlığı ise %13.3 olarak saptanmıştır (43). Kanada'da yapılan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık %7.1, Almanya'da yapılan çalışmada ise %8.7 olarak bulunmuştur (32). ABD'de, beş bölgede 18 yaş üzerindeki 18 bin kişide tanınal görüşme soru formu (DIS) kullanılarak yapılan bir epidemiyolojik alan çalışması'nda SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.4 olarak bulunmuştur (44). İsviçre'de yapılmış olan çalışmada ise, %16 gibi oldukça yüksek bir yaygınlık oranı elde edilmiştir (45). Çalışmalarda kullanılan tanı ölçütlerindeki farklılıklar veriler arasında oldukça geniş bir aralık oluşmasına yol açmıştır.

İtalya'da toplumdan rastgele seçilen 2500 kişiyle yapılan bir çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %4 bulunmuştur. Bu çalışmada en yaygın korkular sırayla toplum önünde konuşma, odada birileri varken içeri girme, yabancılarla konuşma olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada sosyal

fobi başlangıç yaşı 28.8, ilk semptomların ortaya çıktığı yaş 15.5 olarak bulunmuş, kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla bulunmuştur (46).

Bu kadar ciddi ve yaygın bir problem olmasına karşın sosyal anksiyetenin 1990'lı yıllardan önce hem toplum hem de psikiyatri/psikoloji tarafından yeterince önemsenmemiş olduğu dikkat çekmektedir. 2000'li yıllara gelindiğinde ise çocuk ve ergenlerde SAB'ye gösterilen ilginin giderek arttığı ve özellikle bozukluğa ilişkin yaygınlık oranları, etiyolojik nedenler ve tedavi seçenekleri gibi çalışma konularında belirgin bir artış olduğu görülmektedir (47).

Yakın zamana kadar sosyal anksiyetenin öneminin gözden kaçırılması birden çok nedene bağlanabilir. Bu nedenlerin başında, çocuklarda sosyal anksiyetenin hem aile, hem de okul çevresinde bir problem olarak görülmemesi sayılabilir. Dışa yönelmiş bozukluklarda olduğu gibi yıkıcı davranışlarla çocuğun başkalarına zarar vermiyor olması sorunu, çevrenin gözünde ihmal edilebilir kılmaktadır. Sosyal ortamlarda geri planda ve genellikle sessiz kalmayı tercih eden çocuklar 'çekingen' olarak görülmekte, onların bu özelliği kişiliklerinin bir parçası olarak kabul edilmekte, hatta 'ağırbaşlılık' denilerek sosyal onay görmektedir. İkinci olarak, sosyal anksiyetenin doğasında var olan utangaçlık ve olumsuz değerlendirilmekten korkma, yardım aramayı engelleyen önemli bir faktördür. Sorunun çözümüne yönelik girişimleri geciktiren bir diğer sebep ise probleme eşlik eden bedensel belirtiler nedeniyle kişilerin diğer tıp birimlerine başvurarak zaman kaybetmeleridir. Bu konuda Manuzza ve ark. (10) SAB'ye ait belirtilerin çocukluk ve ergenliğin başında gözlenmesine rağmen, tedaviye başvurunun otuzlu yaşlara kadar gecikebildiğini belirtmektedir.

Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete üzerine yapılmış yakın tarihli iki gözden geçirme çalışmasında SAB'nin ruhsal bozukluklar içinde en yaygın olanlardan biri olduğu, utangaçlıktan daha aşırı bir durum olduğu, neden olduğu sonuçlar bakımından tahmin edilenden daha ciddi bir bozukluk olduğu ve SAB'li kişilerin sadece çok küçük bir kısmının tedaviye başvurduğu belirtilmiştir (48,49).

## **2.6. Demografik Özellikler ve Risk Etmenleri**

Davidson ve arkadaşları (50) yaptıkları çalışmada, hastalığın başlangıç yaşının 15 yaş ve hastalık süresinin yaklaşık 19 yıl olduğunu bulmuşlardır. SAB genellikle, alt tipine de bağlı olarak erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlar (10-17 yaş). Yaygın tip SAB'nin genellikle daha erken yaşta başladığına dair veriler mevcuttur (10, 32).

Epidemiyolojik çalışmalara göre, hiçbir hastalığı olmayan bireylere kıyasla SAB'li bireyler, sıklıkla kadın, bekar olup düşük sosyoekonomik düzey ve eğitime sahiptir. Amerika'da yapılan Ulusal Eştanı Çalışması'nda (National Comorbidity Survey) kadın / erkek oranı 3/2 olarak bulunmuştur. Klinik çalışmalar gözden geçirildiğinde ise tedavi için başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum kadınların tedavi için başvurma eğiliminin daha az olduğunu

göstermektedir. Bu bulgulardan sosyal ataklık konusundaki sosyal beklentilerin cinsiyet farklılıkları gösterdiği, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının beklendiği ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği sonucuna varılmıştır (43, 51).

Yakın tarihli bir epidemiyolojik çalışmada düşük sosyoekonomik seviye, düşük sosyal sınıf, hiç evlenmemiş olma, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, hastalığın erken dönemlerinde sosyalizasyon eksikliği gibi etkenlerin sosyal fobi gelişiminde potansiyel risk etmenleri olduğu saptanmıştır (17).

Birçok çalışmada SAB etyolojisinde ailesel etmenler üzerinde durulmuştur. Genetik çalışmalarda sosyal anksiyete için özgül bir kalıtımsallık olmamasına karşın, anksiyeteli olmanın kalıtımsal bir yönü olduğu gösterilmiştir. SAB’de ailesel yüklülüğün bir diğer kanıtı da, çocuk yetiştirme tarzı, aile içinde sosyal durumlara daha sınırlı maruz kalma ve ebeveyn modeli gibi aile çevresiyle ilintili belirgin etmenlerin varlığıdır (52). Davranışsal inhibisyon de bir başka risk etmenidir. Çocukluk döneminde davranışsal olarak inhibisyon düzeyi yüksek olan kişilerde, gelecekte SAB gelişme riski daha yüksektir. Davranışsal inhibisyonu yüksek olan çocukların ebeveynlerinde de benzer biçimde davranışsal inhibisyonunun yüksek olması, mizacın SAB gelişmesinde bir diğer risk etmeni olarak kabul görmesine yol açmıştır (53, 54). Yüksek riskli grupların belirlenmesi, özel girişimlerin geliştirilmesine ve daha hastalık gelişmeden belirtilerin var olduğu durumlarda, erken girişimde bulunulmasına olanak sağlayacaktır.

## **2.7. Eştanı**

SAB’nin diğer psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliği sıktır. Eştanının olması, SAB’nin şiddetini artırması, tedaviye yanıtı azaltması ve intihar oranını artırması nedeniyle önemlidir. Hastalığın başlangıç yaşı ne kadar erken ise, eştanı görülme oranı o derecede artmaktadır (32, 55).

SAB ile en sık birlikte görülen hastalıklar; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (18,19). Ulusal Eştanı Çalışması’nda, SAB’de eştanı oranı %81 olarak bulunmuştur. En sık gözlenen bozukluklar major depresyon ve özgül fobidir. Hastaların %18.9’unda bir, %14.1’inde iki, %48’inde üç ya da daha fazla komorbid bozukluk bulunmuştur (43).

SAB’ye eşlik eden tanıların ve alkolle ilişkisinin araştırıldığı bir klinik çalışmada en sık eşlik eden bozuklukların major depresyon olduğu saptanmış bunu sırasıyla distimi, diğer anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk), madde kullanım bozuklukları ( alkol bağımlılığı/kötüye kullanımı) izlemiştir (56). Tükel ve arkadaşları (57) kliniğe ardışık olarak başvuran 42 sosyal fobik olguda DSM-III-R’ye göre birinci eksen tanıları için yaşamboyu komorbidite oranını %60 olarak bulmuşlardır. En sık görülen komorbid bozukluklar distimik bozukluk (%26.2) ve major depresif bozukluk (%23.8). İkinci eksen tanısı alma oranı ise

%76 olup en sık görülen kişilik bozukluğu çekingen kişilik bozukluğudur (%60). Ardından obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (%38) ve paranoid kişilik bozukluğu (%33) gelmektedir. Çalışmalarda değişik oranların bulunması, yöntem farklılıklarına ve kullanılan tanı ölçütlerinden kaynaklanmaktadır.

Genelde hastalar SAB tedavisi için değil, eklenen hastalığın iyileşmesi için hekime başvurumaktadırlar. Eştanının varlığı SAB tanısını maskeleyebilmektedir. Asıl hastalığın, yani SAB'nin atlanması ise tedavi başarısını etkilemektedir. Çoğu olguda SAB belirtileri eştanılı bozukluktan önce ortaya çıkar, bu da SAB'nin, ortaya çıkan diğer bozukluğa zemin hazırladığını düşündürür. Dolayısıyla SAB'nin erken tanınması ve tedavi edilmesi ikincil durumların başlamasını önleyebilir. SAB'nin eştanılı durumlardan önce başladığı, bütün araştırmacıların üzerinde birleştikleri bir görüştür (1).

## **2.8. Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Özkıym**

Öğrenciler üniversiteyle beraber yoğun sosyalleşmenin olduğu bir ortama girerler. Çoğu kez bu ortamların alkol tüketimini ve sigarayı teşvik ettiği düşünülmektedir. SAB ile alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar farklı sonuçlar göstermiştir. Bazı çalışmalarda sosyal fobi ile alkol tüketimi arasında ilişki bulunmamış arkadaş gruplarının etkisinin çok daha önemli olduğu bulunmuştur (58). Bir başka çalışmada ise sosyal anksiyöz kişilerin sosyal anksiyete yaratabileceklerini düşündükleri ortamda rahatlık ve kendine güven verdiği düşüncesiyle daha sık alkol aldıklarını göstermiştir (59).

Son yıllarda oldukça ilgi çekici konulardan biri de ruhsal sorunları olanların sigara kullanma durumlarıdır. Çok sayıda çalışmada duygudurum ve psikotik bozukluğu olan hastaların toplum geneline göre daha sık sigara kullandığı saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarının sigara kullanımıyla ilişkisi ise tartışmalıdır. Anksiyete bozuklukları arasındaki sigara kullanma davranışlarının karşılaştırıldığı yakın tarihli bir çalışmada panik bozukluk grubundaki hastaların %40.4'ü, sosyal fobisi olanların %19.6'sı ve obsesif kompulsif bozukluğu olanların %22.4'ünün halen sigara kullandığı saptanmış ve bu fark panik bozukluk lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (60, 61).

Aslında sosyal fobi ile sigara kullanma ve nikotin bağımlılığı arasındaki ilişki çeşitli nedenlerle özellikler gösterir:

1. Sosyal fobi çocuk ve ergenlerde yaygındır.
2. Çok sayıda sosyal fobik aşırı sigara kullanıcısıdır.
3. Sosyal fobi, depresyon ve madde kullanım bozukluklarının tersine, görece erken yaşta başlar ve olasılıkla sigaraya başlamadan önce mevcuttur.

4. Sigaranın sosyal ortamlarda rahatsızlığı kompanse etmek amacıyla sosyal olarak kabul edilebilir etkili bir araç olarak algılanmasıdır.

Aslında sosyal fobinin sigara kullanımını başlatma veya arttırması arasındaki ilişki konusunda farklı görüşler vardır. Bir kısım araştırmacı sosyal fobisi olanların sosyal ortamdan uzak kaldıkları ve böylece akranlarının sigaraya başlatma baskısını hissetmediklerini ve sigara kullanımının daha az olması gerektiğini belirtirken, tam tersini savunan diğer araştırmacılar sosyal korkuları olanların kendilerini rahatsız ve utangaç hissettikleri ortamda sigaranın rahatlık ve ortama dayanma sağladığını belirtmektedirler. Yukardaki çalışmalar ışığında daha kapsamlı ve uzunlamasına çalışmalarla bu görüşlerin netlik kazanabileceği düşünülmüş ve çalışma sonuçları ihtiyatlı yorumlanmıştır (32, 62).

Özkıyım düşünce (%11-14) ve girişimi (%2.8-4.6) toplumda oldukça yaygın olup aynı zamanda tamamlanmış özkıyım için güçlü risk faktörleridir. Psikolojik otopsi çalışmaları, özkıyımların çoğunluğunun bireyin ilk özkıyım girişiminde gerçekleştiğini göstermiştir. Bu nedenle özkıyım davranışları için risk faktörlerini anlamak ilk özkıyım girişimini önlemek açısından oldukça önemlidir. Özkıyım davranışında özellikle duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve şizofreni olmak üzere ruhsal bozuklukların varlığının önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. Çalışmalar anksiyete bozukluklarına duygudurum bozukluklarının eşlik etmesi durumunda özkıyım düşünce ve girişimlerinin arttığını göstermektedir (63, 64, 65, 66). Anksiyete bozukluklarının özkıyım davranışı için risk faktörü olup olmadığı önemli ilgi alanı olmaya başlamış ve yapılan kesitsel ve klinik çalışmalar anksiyete bozukluklarının da özkıyım düşünce, girişim ve tamamlanmasında risk faktörü olduğunu göstermiştir (63, 67, 68).

Saren ve arkadaşları (69) tarafından 18-64 yaş arası 4796 kişide yapılan toplum temelli 3 yıllık izlem çalışmasında, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğunda artmış özkıyım düşüncesi saptanırken özkıyım girişimiyle ilişkili bulunamamıştır. Panik bozukluk ve sosyal fobili hastaların özkıyım düşünce ve girişimlerinin araştırıldığı bir çalışmada; son 1 yıl içerisinde panik bozukluğu olan hastaların %31'i, sosyal fobisi olanların %34'ü özkıyım düşüncesine sahip olduğunu belirtmiş, panik bozukluğu olan hastaların biri, sosyal fobisi olanların ikisi geçen bir yıl süresince özkıyım girişiminde bulunduğunu belirtmiştir (70).

## **2.9. Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

21. yüzyıla girerken bilgi toplumuyla beraber, yaşam kalitesi kavramı ön plana çıkmış, bireylerin yaşam kalitelerini artırma ve doyum verici bir yaşam arayışı başlamıştır. Yaşamı etkileyen tüm hastalıkların ve faktörlerin yaşam kalitesine etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Uzun yıllar boyunca ruhsal sorunlarda semptomlar azaltılmaya çalışılmış ancak yaşam kalitesi üzerine odaklanılmamıştır.



Son yıllarda ruhsal hastalıkları ve tedavi sonuçlarını değerlendirmede yaşam kalitesi ve yaşamdan tatmin olma da değerlendirilmeye başlanmıştır. (71).

Eşitliği yokluğunda bile SAB belirgin zorlanma, intihar düşüncesinde artma, maddi sorunlar, iş ve okul performansında azalma, sosyal destek sisteminde bozulma, psikotrop tedavinin daha fazla kullanılması ve medikal veya ruh sağlığı doktorundan daha fazla yardım alma ile birliktelik gösterir. Çok sayıda çalışmada SAB tanısı konulan hastalarda ruh sağlığı, genel sağlık, rol kısıtlılıkları ve sosyal işlevsellik alanları dahil olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalitesi SAB'si olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur (17, 72, 73).

## **2.10.Sosyal Fobinin Akademik Başarı Üzerine Etkileri**

Çocuk ve gençlerde SAB ayrı bir klinik tanı olarak kabul edilmesine rağmen SAB'li çocuk ve ergenlerin büyük çoğunluğu ebeveynler ve okuldaki öğretmen ve danışmanlar da dahil olmak üzere profesyoneller tarafından farkedilmemeye, tanınmamaya devam etmektedir. SAB'li çocukların başkalarının kendileri hakkında değerlendirme yapma ve dikkatleri üzerlerine çekmeme yönündeki kaygıları onları sınıfta görülmez ya da ihmal edilir kılmaktadır. Öğrencinin artık okula gelmek istemediği aşamaya kadar da okuldaki öğretmen ve danışmanın da dikkatini çekmemektedir (74, 75). SAB ayrı bir tanı olarak 1980'den itibaren görülen görece yeni bir tanı olduğu için çoğu danışman, psikolog, öğretmen ve pediatristler tarafından yeterince bilinmemektedir. Çoğu ebeveyn de SAB'nin farkında olmaz. Çünkü belirli derecede başkalarının ne düşüneceği kaygısı ve sosyal anksiyete oldukça yaygındır. Bu yüzden aileler çocuklarını utangaç olarak görüp durumu tedavi edilebilir bir hastalık olarak algılamaz. SAB farkedilse bile çocuk ve ergenin tanı ve değerlendirmesi oldukça komplikedir. Çünkü çocuk ve ergenin yaşadığı kaygı ve utanmayı ifade etmesi bilişsel gelişim seviyesine bağlıdır. Bunun iyi bir şekilde ifade edilmemesi klinisyenin okul reddi, sosyal izolasyon ve öfkeli davranışların altında yatan durumları değerlendirmesini zorlaştırır (76).

SAB'nin tipik bulguları da yaşla değişmektedir. Yetişkinlerin tersine çocuk ve ergenler irritabilite, ağlama, donakalma, katı ve rijit davranış biçimi sergileme, somatik semptomlar gösterme, hatta başkalarının sürekli ona baktığı şeklinde referans düşünceler gösterirler. Ayrıca ergenler çocuklardan farklı olarak kavga etme, okuldan kaçma, antisosyal tavırlar da sergilerler (48, 50). Bir başka sorun özellikle ergenlerde normal korku ile patolojik korku arasındaki sınırın sıklıkla belirsiz olmasıdır. Ergen, kimlik oluşumu ve sosyal beceri gelişimi için oldukça kritik bir dönemde bulunduğu için akranları tarafından kabul görme ve vücut imajı oldukça önemlidir.

İsveç'te 12-14 yaş arası 2128 öğrencide yapılan bir çalışmada öğrencilerin %4.4'ünde sosyal fobi bulunmuştur. Sosyal fobi saptanan öğrencilerin %91.4'ünde sosyal korkular kaynaklı derslerde başarısızlık saptanmıştır. Derslerde başarısızlığa yol açan sosyal korkular arasında sınıf önünde

konuşma (%63.4) en sık neden olup, bunu tanımadığı biriyle telefon görüşmesi yapma ve tanımadığı biriyle konuşmayı başlatma izlemektedir (20).

SAB'li öğrenciler sınıf önünde konuşmaktan sıkıntı duyma, okul ve sınıfta gerginlik hissi nedeniyle lise ve üniversite döneminde başarısızlık yaşamakta ya da okulu bırakmaktadırlar. Aslında okulu sevmeme ve okulu terk etmede en sık belirtilen iki neden olarak bunlar belirtilmiştir . SAB, okulu bırakmaya en sık sebep olan anksiyete bozukluğudur. Bu nedenle erken tanınip tedavi edildiği oranda okuldan zevk almaları, lise ya da üniversiteyi tamamlamaları ve bunun sonucunda topluma katılım ve katkı yapma fırsatı yakalanmış olacaktır (20).

SAB'li ergenlerin tedavi arayışına girmeme nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, tedavi arayışlarının yanlış değerlendirileceği kaygısı ve bu sorunu yardımsız kendi başına çözebileceği inancı en sık nedenler olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada tedavi arayışına yönelmede ve hastalığın ciddiyetini algılamada özkıyım düşünceleri ve okula gidememe gibi faktörlerin belirleyici olduğu saptanmıştır (77). SAB çocukluk ve ergenliğin başında ortaya çıkmasına rağmen tedavi arayışı 20-30 yaş arasında olmaktadır (10).

Sadece başkalarının önünde konuşma korkusunun araştırıldığı rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiş ve telefon görüşmesi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların 1/3'ü kalabalık bir dinleyici grubuna karşı konuşurken aşırı anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Topluma konuşmada utanılacak bişeyler yapma ya da söyleme (%64), yetersizlik izlenimi verme (%74), konuşmayı sürdürmememe (%63), aptalca şeyler söyleme (%59), titreme, sallantı ve diğer anksiyete belirtileri gösterme (%80) en çok anksiyete yaratan bilişlerdir. SAB'li kişilerin %34.8'i yaşadıkları kaygı ve endişe nedeniyle uzun süre okul yerine evde yalnızlığı seçmişlerdir. Katılımcıların %10'u topluma karşı konuşma kaygısının iş yaşamında, sosyal yaşamda, eğitimde sıkıntılar yarattığını belirtmiştir (78). Bu sonuçlar patolojik çocukluk çağı sosyal anksiyetesinin erken fark edilip tedavi arayışına gidilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sosyal anksiyeteleri olanlar başarılı akademisyenlik ve iş yaşamı fırsatını kaçırpı topluma yük olur boyuta gelmişlerdir. 21.yüzyılın artan teknoloji ağırlıklı kompleks dünyasında lise ya da üniversiteyi tamamlayamayıp işe yaramazlık ve işsizlikle karşı karşıya kalmaktadırlar (79).

## **2.10. Ergenlik-Kimlik Gelişimi ve Sosyal Fobiyle İlişkisi**

Ergenlik, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarında belirgin gelişimsel değişikliklerin olduğu zorlu bir dönemdir (80). Ergenler bir yandan bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, öte yandan önemli gelişimsel görevlerden biri olan kimliğini şekillendirmeye yani, kendini bireysel olarak tanımlamaya çabalar. Gerçi, kimlik şekillenmesi yaşam boyu süren bir süreç olmasına karşın, en

önemli yapılanma ergenlik döneminde gerçekleşmektedir (81). Ergenlik ve gençlik döneminde yaşanan kimlik bunalımı evresi boyunca her genç şu temel uğraşları verir:

1. Sarsılmaz arkadaşlıklar kurma yoluyla, yakın ilişkilerde benimseneceğine olan güvenini ve geleceğe yönelik umudunu sağlamlaştırmak
2. Otoritenin kural ve buyruklarına açık ya da örtük biçimlerde başkaldırma ve çeşitli denemelerde iradesini sınama yoluyla bildiği yolda yürüyebilen bağımsız ve iradesi güçlü bir birey olduğuna inancını pekiştirmek
3. Önüne koyduğu amaçları gerçekleştirmeye girişme yoluyla düşlediği erişkin olmaya doğru güvenli adımlarla ilerlediğini duyumsamak
4. Yetenekli olduğu alanlarda sivrilme yoluyla, işinin ustası olabileceğini kendine ve başkalarına kanıtlamak
5. Cinsellikle uğraşarak ve cinsel yanı olan ilişkileri deneyerek kendini ait olduğu cinsin üyesi olarak hissetmek, yani tam bir erkek ya da kadın olmaya yönelmek (82).

Yani temelde iki şeyin mücadelesini vermektedirler: Kişiliğindeki güçlü ya da sağlıklı yanları ön plana çıkararak kendisini olabilecek en olumlu biçimde varetmek ve toplum tarafından da öyle tanınmak. Aslında bu iki faktör birbirine bağlı olup iç içe geçmiş durumdadır. Yani çevresi tarafından güçlü biri olarak tanınmak, öncesinde güçlü biri olmayı gerektirir. Çünkü başkalarıyla gerçek bağlantılara girme, kendini sağlam biçimde tanımlamış olmanın sonucu ve sınanmasıdır. Güvenli bir kimlik duygusunun kaybolduğu yerde arkadaşlıklar ve ilişkiler sağlıklı olmayacaktır.

Erikson'un gelişim evrelerine göre ergenlik ve gençlik döneminde birey çocukluk çağında yakın aile, okul ve arkadaş çevrelerine karşı verdiği birey olarak varolma ve tanınma savaşımını şimdi içine girdiği daha geniş toplum kesimi tarafından tanınmak ve onaylanmak için vermek durumundadır. Yani birey ikinci kez bireyleşme ve kendini değişen çevresine kabul ettirme sürecini yaşar (83).

Kimlik bunalımı evresini başarıyla geçiremeyen ergen ve gençte kimlik bocalaması kaçınılmaz olur. Kimlik bocalamasına neden olan etmenler toplumsal ve bireysel olarak iki grupta ele alınabilir. Toplumsal etmenler: ailenin ya da toplumun yaşam tarzında belirgin bir değişikliğin olduğu kültürel bir kopuşun yaşandığı durumlardır. Çeşitli toplumsal kesimler arasındaki farklılığın arttığı oranda, gençlerin bireysel düzeydeki kimlik bunalımlarının da daha belirgin bir nitelik alması ve yer yer bocalamaya dönüşmesi kaçınılmazdır. Kimlik bocalamasının bireyin gelişmesinde yatan etmenleri ise; çocukluk dönemlerinden gelen güvensizlik, utanç, kuşku, suçluluk ve aşağılık duygularının eşliğindeki olumsuz öz imgeleridir (82).

Gencin çocukluk evrelerinden getirdiği olumsuz öğelerin görece güçlü olması girdiği sosyal ortamlardaki uğraşlarda ve ilişkilerde başarısız olma riskini artırır. Gençlikte girişilen uğraşlar,

çocukluktan gelen olumsuz öğeleri zayıflatmak yerine pekiştirirse, kimlik bocalaması kaçınılmaz olur. Yakın bir arkadaşlık, duygusal-cinsel bir ilişki, sosyal ortamlarda ön plana çıkma, kendini ifade edebilme gibi sosyal uğraşlardan ne oranda yüz akıyla çıktığı onu ileriki dönemler için daha geri dönülmez biçimde tanımlayacak, olumsuz deneyimler ise gencin kendine inancını tümüyle yitirmesine neden olup bir kimlik bocalamasına götürecektir (82).

Ergenliğin son aşamasına karşılık gelen üniversite eğitimi döneminde birey kendisini özerk bir kimse olarak kabul ettirme ve kendini gösterme çabası içine girmektedir. Bu dönemde genç için sosyal ilişkilerde etkin olmak ve başkaları üzerinde bırakılan izlenimlerin niteliği çok önemlidir. Bundan dolayı birey kendisi ile ilgili büyük bir beklenti içine girer. Birey bu beklentilere cevap veremezse sosyal kaygı düzeyi artar ve sosyal fobi kendini göstermeye başlar. Öte yandan üniversiteye girişle beraber birey sosyalleşmenin en yoğun olduğu bir ortama girer. Burada olumlu sosyalleşme sürecini yaşayan kişi ileriki yaşamı için erken yaşlarda bilgi, beceri ve deneyim kazanıp davranış yelpazesini genişletirken, olumlu sosyalleşme sürecini yaşayamayan bireyde gelecek yaşamında karşılaşacağı zor durumlara karşı ayakta durmada zorluk çekme, özgüven duygusunu geliştirememesi ve sonrasında kimlik bocalaması gelişebilir (84).

Kimlik gelişim süreci ile SAB arasındaki ilişkiyi doğrudan araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Çok sayıda çalışmada kişilerarası ilişki ile özgüven arasında ilişki bulunmuş, özgüveni düşük insanların sosyal ilişkilerde sorunlar yaşadıkları, çevreyi tehdit edici olarak algılayıp eleştirilere daha duyarlı oldukları gösterilmiştir (85,86). Üniversite öğrencilerinde yapılan iki çalışmada sosyal çekingenlik ile özdeğer (self-esteem) arasında yakın bir ilişki bulunmuş ve kendine güven skorları düşük olanlarda sosyal çekingenliğin daha yüksek olduğu bulunmuştur (87,88).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Bölgesi ve Evrenin Özellikleri

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi'nde yapılmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi 03.07.1992'inde kurulmuş olup 2007-2008 eğitim-öğretim yılında önlisans/lisans/lisansüstü eğitim programlarında toplam 19.296 öğrenci öğrenim görmektedir.

Araştırmanın evreni 2007-2008 tarihinde Adnan Menderes Üniversitesinde öğrenim görmekte olan 7935 lisans öğrencisinden oluşturuldu. Ön lisans öğrencileri Aydın'ın farklı ilçelerinde eğitim görmeleri nedeniyle çalışmaya alınmadı.

#### 3.2. Örneklem Büyüklüğü

Güven aralığı %95, standart sapma=0.02, sosyal fobi yaygınlığı %10 alınarak örneklem büyüklüğü 864 bulunmuştur.

$$n = \frac{(t^2 \cdot p \cdot q / d^2)}{= (1.96)^2 \times 0.10 \times 0.90 / (0.02)^2} = 864$$

n= Örneklem büyüklüğü  
t = (1-∞) (% 95 güven düzeyinde t tablosunda en büyük serbestlik derecesi için (sonsuz) bulunan değer)  
p = sosyal fobi prevalansı  
q = İncelenen olayın meydana gelmeme olasılığı (1-p)  
d = Tolere edilebilecek hata genişliği

#### 3.3. Örneklem Yöntemi

Araştırmada sistematik örnekleme kullanıldı. Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından 2007-2008 döneminde Eğitim Fakültesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Tıp Fakültesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu, Veterinerlik Fakültesi, Ziraat Fakültesi, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu lisans öğrencilerinin listesi alındı. Çalışmanın evreni örneklem büyüklüğüne bölünerek 7935/864=9.2 bulundu. Konuyla ilgisi olmayan bir kişinin "bir sayı söyle"mesi istenerek başlangıç noktası belirlendi ve listedeki öğrencilerden 864 kişi örnekleme oluşturdu.

Bölüm	Öğrenci sayısı	Örnekleme alınan	Çalışmaya katılan
Eğitim Fakültesi	999	109	89
Fen-Edebiyat Fakültesi	1908	208	179
Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	2216	241	207
Tıp Fakültesi	416	45	40
Veteriner Fakültesi	356	39	30
Ziraat Fakültesi	724	79	63
Aydın Sağlık Yüksekokulu	385	42	37
Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	931	101	55
Toplam	7935	864	700

### 3.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel-analitik bir araştırmadır.

### 3.5. İzinler ve Ön Uygulama

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onandı ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Ayrıca çalışmanın yapılması için rektörlüğe çalışma hakkında bilgi içeren bir dilekçeyle başvuruldu ve çalışmada yardımcı olunması ve destek verilmesi için ilgili bölüm başkanlıkları rektörlük tarafından bilgilendirildi.

Oluşturulan anket formları tıp fakültesi ve hemşirelik yüksekokul öğrencilerinden oluşan 20 öğrenciye uygulanarak sorular yeniden değerlendirildi ve gerekli düzenlemeler yapıldı.

### 3.6. Veri Toplama

Çalışma 1 Mart- 1 Haziran 2008 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi öğrencileri üzerinde yapıldı. Örnekleme oluşturan 864 kişiden 700'ü (%81.01) çalışmaya katıldı, kalan 164 kişi ise ya iki kez gidilmesine rağmen ulaşamadığı, ya da çalışmaya katılmak istemediği için çalışmaya alınmadı. Kampüste yer alan fakültelerin öğrencileriyle görüşmek için Gençlik Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ADÜ-GENÇ) yönetim kuruluna başvurularak görüşme ve anket uygulamalarında ADÜ-GENÇ görüşme odalarının kullanımı için izin alındı. Kampus dışındaki öğrencilerle kafeterya

ya da sınıflarında görüşüldü. Sınıflara gidilerek örneklemde yer alan öğrencilerle görüşülerek araştırma hakkında bilgi verildi. Kendileri için uygun bir zamanda ADÜ-GENÇ'e gelmeleri istendi. ADÜ-GENÇ'e gelen öğrencilerle öncelikle yüzyüze görüşme yapıldı. Sonra gözlem altında anketleri doldurmaları sağlandı. Tüm görüşmeler tez sahibi tarafından yapıldı. Tanılar DSM-IV-TR (Amerika Psikiyatri Derneği, 2000) ölçütlerine göre konuldu. Tek bir alanda sosyal fobisi olanlar özgül fobi, birden fazla alanda sosyal fobisi olanlar yaygın sosyal fobi olarak değerlendirildi.

### **3.7. Veri Toplama Araçları:**

**Sosyodemografik Veri Formu:** Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulan 24 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

#### **Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği**

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (89), SAB olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek, 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmuştur. Sorular, hastanın son bir hafta içindeki korku ve kaçınmasının şiddeti göz önüne alınarak 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde klinisyen tarafından yanıtlanır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir. Korku alt ölçeği sorularının puanlanmasında 1=yok ya da çok hafif, 2=hafif, 3=orta derecede, 4=şiddetli olarak kabul edilir. Kaçınma alt ölçeğinin puanlanmasında ise 1=kaçınma yok ya da çok ender, 2=zaman zaman kaçınma davranışı gösterme, 3=çoğunlukla kaçınma davranışı gösterme, 4=hemen her zaman kaçınma davranışı gösterme kuralı göz önünde tutulur. LSAÖ, bu alanda olumlu özellikleri olan güçlü bir ölçektir.

Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve Güz (90) tarafından yapılmış olan LSAÖ'nün iç tutarlılığı (Cronbach alpha) 0.96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise  $r=0.83$  olarak saptanmıştır. Ölçekte 41.5 puan kesme noktasının, en yüksek özgüllük (%97) ve duyarlılık (%97) sağladığı görüldü. Sonuç olarak LSAÖ'nün Türkçe versiyonu, bu dilde konuşan kişilerdeki SAB ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Ek 2).

#### **Türkler İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi ölçeği kısa formunun (WHOQOL-BREF-TR) Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (91). Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını incelemek için hesaplanan "Cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0.83, ruhsal alanda 0.66, sosyal alanda 0.53, çevre alanında 0.73 ve ulusal çevre alanında 0.73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğini incelemeye yönelik her soru için hesaplanan pearson

katsayıları 0.57 ve 0.81 arasında değişmektedir . WHOQOL-BREF biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumuna ilişkin iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmıştır. Alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücü

Ruhsal alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama

Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam

Çevre alanı: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilmek, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım

Ulusal çevre alanı: Sosyal baskı (Ek3)

### **Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı**

Dereboy (82), gençlerde kimlik bocalamasının değerlendirilmesi ve tanınmasında yararlı olacak yaşantı veya belirtileri aşağıda gösterildiği gibi dört grup altında derlemiştir. Bu derlemeden yola çıkarak, kimlik bocalaması öğelerinin klinik amaçlı veya araştırma amaçlı olarak sistematik biçimde sorgulanması ve standart biçimde değerlendirilmesine yönelik 28 soruluk bir öz-bildirim ölçeği geliştirilmiş ve Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı (KDDA) olarak adlandırılmıştır (92). Sorular beşli Likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam skor 28 ile 140 puan arasında değişmektedir. Puanların yüksekliği kimlik bocalamasıyla bağlantılı yaşantıların yoğunluğunu düşündürmektedir. Çeşitli çalışmalarda alfa iç-tutarlık katsayısının 0.90 dolaylarında bulunması ölçeğin güvenilirliğinin klinik amaçlı bireysel değerlendirmelere elverecek ölçüde yüksek olduğunu düşündürmüştür (92-95).



**I. Ruhsal Yapılardaki Sorunlar**

Kendilik tasarımında dağınıklık	1
Nesne tasarımlarında dağınıklık	2
Ego ölküsünde dağınıklık	3
Süperego işlevlerinde bozukluk	4

**II. Kimlik Duygusunda Sorunlar**

Kendinin zaman içindeki aynılık ve sürekliliği yaşantısının yitirilmesi	5
Kendinin roller içindeki aynılık ve sürekliliği yaşantısının yitirilmesi	6
Kendinin başkalarının gözünde aynılık ve sürekliliği yaşantısının yitirilmesi	7
Kendi yolunda yürüyor olma yaşantısının yitirilmesi	8
Gerçekçi bir yaşam çizgisi belirleyip bu çizgiye yönelememe	9, 10
Tuttuğu yolu ya da varoluş tarzını tam olarak benimseyememe	11
Toplumsal çevrede kendine tanınma sağlayamama	12

**III. Aşamalı-Oluşum Evreleriyle İlişkili Sorunlar**

Bebeklik	Zaman Kargaşası ve İçer Kapanma (Güvensizlik, Umutsuzluk, İçer Kapanma)	13, 14, 15
Küçük Çocukluk	Kendiyle Uğraşma ve Kendinden Kuşku Duyma (Utanç ve Kuşku, Irade Zayıflığı, Zorlantı)	16, 17, 18
Oyun Çocukluğu	Rol Ketlenmesi ve kendini çelmeleyici bir Role Saplanma (Suçluluk, Girişim Eksikliği, Ketlenme)	19, 20, 21
Okul Çocukluğu	İşyaramazlık Duygusu ve Çalışma Felci (Aşağılık Duygusu, Yetersizlik, Atalet)	22, 23, 24
Ergenlik ve Gençlik	Sadakatle Bağlanamama, Beğenmezlik	25
Genç Erişkinlik	Cinsel Bocalama	26
Erişkinlik	Otorite Kargaşası	27
Yaşlılık	Değerler Kargaşası	28

**IV. Ters Kimlik****Seçimi**

---

-

### **3.8. İstatistiksel Analiz**

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirildi. İkili sürekli değişkenler için Student t testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı. Grupların Liebowitz ve KDDA skorlarını karşılaştırmak amacıyla varyans analizi (ANOVA, analyses of variance) ve posthoc değerlendirmede Bonferoni düzeltmesi kullanıldı. İkili bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü incelemek üzere lojistik regresyon analizi yapıldı. Liebowitz sosyal kaygı toplam skoru ile KDDA arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplandı.

Tüm analizler için  $\alpha < 0.05$ , Bonferroni düzeltmesi uygulanan tablo III ve VII'deki testlerde ise  $\alpha < 0.016$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya yaş ortalaması  $21.16 \pm 1.76$  olan, 332 erkek (%47.4), 368 kız (%52.6) olmak üzere toplam 700 öğrenci katıldı.

Araştırmaya katılanların 146 (%20.9)'sında son 1 yılda, 152'sinde (%21.7) ise yaşam boyu sosyal fobi olduğu belirlendi. Son 1 yılda sosyal fobi görülenlerin %74.6'sını yaşam boyu görülenlerin ise %76.5'ini özgül sosyal fobi oluşturmaktadır (Tablo 1).

**Tablo I. Araştırmaya katılanlarda sosyal fobi sıklığı**

Sosyal fobi	Son 1 yıl n (%)	Yaşam boyu n (%)
Yok	554 (79.1)	548 (78.3)
Özgül sosyal fobi	109 (15.6)	112 (16.0)
Yaygın sosyal fobi	37 (5.3)	40 (5.7)

Özgül sosyal fobisi olanlarda en sık kaygılandırıcı sosyal durumlar seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak ve önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak olarak saptandı (Tablo 2).

**Tablo II. Özgül sosyal fobisi olan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinde 1-4 şiddet puanına göre sosyal kaygısını  $\geq 3$  olarak değerlendirdikleri maddeler**

Liebowitz ölçeğinden maddeler	n (%)
Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	88 (78.57)
Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	84 (75.00)
Dikkatleri üzerinde toplamak	56 (50.00)
Romantik ya da cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	48 (42.85)
Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	44 (39.28)
Gözlendiği sırada çalışmak	44 (39.28)
Yetenek, beceri ya da bilgisinin sınanması	40 (35.71)

Özgül veya yaygın sosyal fobisi olanlar ile sosyal fobisi olmayanlar arasında Liebowitz sosyal anksiyete ve KDDA puanları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi ile incelendi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı. İkili karşılaştırmalara yinelik post-hoc Bonferroni

analizleri, Liebowitz sosyal fobi kaygı ve kaçınma puanlarının özgül sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre, yaygın sosyal fobisi olanlarda özgül fobisi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu ortaya koydu. KDDA puanları açısından özgül ya da yaygın sosyal fobisi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken, özgül fobisi olanlar ile yaygın sosyal fobisi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 3).

**Tablo III. Araştırmaya katılanların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçek ve KDDA skorları**

	Sosyal fobisi olmayanlar (N=548) $\bar{x}\pm ss$	Özgül sosyal fobisi olanlar (N=112) $\bar{x}\pm ss$	Yaygın sosyal fobisi olanlar (N=40) $\bar{x}\pm ss$	F *	Analiz p
Liebowitz kaygı toplam puanı	34.08±4.72	49.42±6.33	59.30±4.59	819.21	<0.01
Liebowitz kaçınma toplam puanı	32.63±4.86	46.21±5.78	53.80±8.86	540.56	<0.01
KDDA puanı	46.36±10.60	65.50±17.45	69.80±18.76	157.91	<0.01

ANOVA,  $\bar{x}\pm ss$  (Aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma),

\* Tüm analizler için serbestlik derecesi 697,2.

Kadınlarda, gelir seviyesi düşük olanlarda, son 15 yıllık sürede en çok köylerde ve kasabalarda (ilçelerde) yaşayanlarda, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık sosyal fobi görüldü (Tablo 4).

**Tablo IV. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri**

Değişken	Sosyal fobisi olanlar n (%)	Sosyal fobisi olmayanlar n (%)	Analiz X <sup>2</sup>	sd	p
Cinsiyet					
Erkek	52 (34.2)	280 (51.1)	13.605	1	<0.01
Kadın	100 (65.8)	268 (48.9)			
Doğum sırası					
1	56 (36.8)	228 (41.6)	1.555	2	0.460
2	48 (31.6)	148 (27.0)			
3≥	48 (31.6)	172 (31.4)			
Son 15 yıldır en çok yaşadığı yer					
Şehir	77 (50.7)	356 (65.0)	8.756	2	0.013
İlçe	58 (38.2)	152 (27.7)			
Köy	17 (11.2)	40 (7.3)			
Annenin eğitim seviyesi					
Okula gitmemiş	12 (7.9)	64 (11.7)	8.500	4	0.075
İlkokul	64 (42.1)	240 (43.8)			
Ortaokul	20 (13.2)	68 (12.4)			
Lise	44 (28.9)	108 (19.7)			
Üniversite	12 (7.9)	68 (12.4)			
Babanın eğitim seviyesi					
Okula gitmemiş	4 (2.6)	12 (1.7)	9.908	4	0.062
İlkokul	52 (34.2)	216 (30.9)			
Ortaokul	12 (7.9)	96 (13.7)			
Lise	52 (34.2)	200 (28.6)			
Üniversite	32 (21.1)	176 (25.1)			
Psikiyatrik hastalık aile öyküsü					
Var	24 (15.8)	40 (7.3)	10.326	1	0.001
Yok	128 (84.2)	508 (92.7)			
Genel tıbbi bir hastalık					
Var	24 (15.8)	80 (14.6)	0.133	1	0.715
Yok	128 (84.2)	468 (85.4)			
	(X±ss)	(X±ss)	t	sd	p
Kardeş sayısı	2.70±0.96	2.65±0.89	0.492	698	0.623
Ailenin ortalama aylık gelir seviyesi (YTL)	1172±670	1610±1000	6.334	357	<0.01

Tek değişkenli analizlerde anlamlı ilişki bulunan beş bağımsız değişken lojistik regresyon analiziyle değerlendirildiğinde; kadınlar erkeklere göre 1.7 kat, son 15 yılda en uzun süre şehirlerde yaşayanlara göre ilçelerde yaşayanlar 1.5 kat, köyde yaşayanlar 1.9 kat, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.8 kat daha fazla sosyal fobi riskine sahipti. Gelir seviyesinin artışıyla beraber sosyal fobi görülme sıklığının azaldığı görüldü (Tablo 5). Öğrencinin eğitim gördüğü

bölüm ve sınıflarla sosyal fobi görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Üst sınıflarda alt sınıflara göre özgül sosyal fobinin şiddetinde azalma görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi. Doğum sırası ile sosyal fobi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

**Tablo V. Sosyal fobi varlığının bağımsız değişken olarak alındığı lojistik regresyon analizi**

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	p	Olasılıklar oranı	%95 Güven Aralığı
Cinsiyet (kadın) (erkek*)	0.547	0.199	0.006	1.729	1.170-2.554
Son 15 yılda en uzun yaşadığı yer (şehir*)					
Son 15 yılda en uzun yaşadığı yer (İlçe)	0.428	0.207	0.038	1.535	1.024-2.301
Son 15 yılda en uzun yaşadığı yer (Köy)	0.635	0.331	0.047	1.934	1.009-3.707
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığı (Ailede psikiyatrik öykü yok*)	0.621	0.291	0.033	1.862	1.053-3.291
Ailenin gelir seviyesi (YTL)	-,001	0,001	0.001	0.999	0.999-1.000

\*referans

Sosyal fobisi olmayanlarda sigara kullanma, sosyal fobiklerde özkıyım düşüncesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ancak özkıyım girişiminde bulunma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 6). Sosyal fobisi olanlarla olmayanlar arasında şu anda kız/erkek arkadaşına sahip olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p < 0.05$ ).

**Tablo VI. Araştırmaya katılanların sigara, alkol, madde kullanımı ve özyıkım düşünceleri**

Değişken	Sosyal fobisi olanlar n (%)	Sosyal fobisi olmayanlar n (%)	X <sup>2</sup>	Analiz sd	p
Sigara kullanma durumu					
Evet	20 (13.2)	180 (32.8)	22.603	1	<0.01
Hayır	132 (86.8)	368 (67.2)			
Alkol kullanma durumu					
Evet	36 (23.7)	160 (29.2)	1.794	1	0.180
Hayır	116 (76.3)	388 (70.8)			
Madde kullanımı					
Evet	0	8 (1.5)	2.245	1	0.134
Hayır	152 (100)	540 (98.5)			
Özkıyım					
Düşünmedim	96 (63.2)	424 (77.4)			
Sadece düşündüm	52 (34.2)	108 (19.7)	14.220	2	0.001
Girişimde bulundum	4 (2.6)	16 (2.9)			

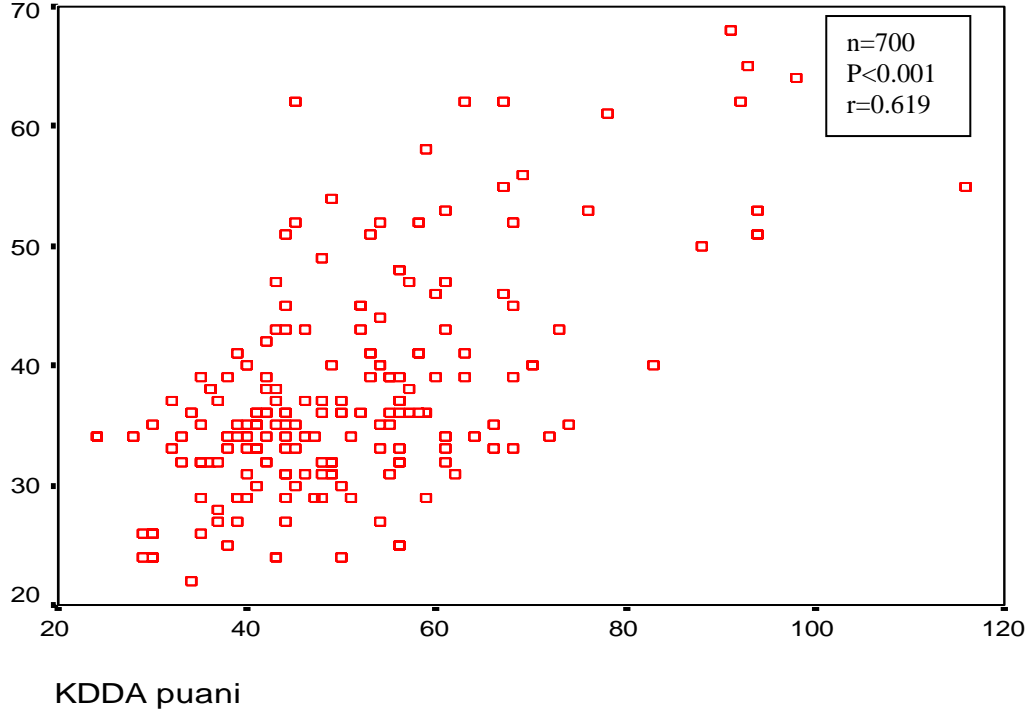
Eşlik eden eksen I tanıları, yaygın sosyal fobisi olanlarda özgül sosyal fobisi olanlara ve sosyal fobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulundu. Ektanılar karşılaştırıldığında yaygın sosyal fobisi olanlarda, özgül sosyal fobisi olanlara ve sosyal fobisi olmayanlara göre distimi, yaygın anksiyete bozukluğu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu. Basit fobi ise özgül/yaygın sosyal fobisi olanlarda sosyal fobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ancak iki sosyal fobi alt tipi arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo 7).

**Tablo VII. Katılımcıların eksen I eştanıları**

Eksen I tanısı	Sosyal fobisi olmayanlar (N=548) n (%)	Özgül sosyal fobisi olanlar (N=112) n (%)	Yaygın sosyal fobisi olanlar (N=40) n (%)
Basit fobi*	3 (0.5)	16 (14.3)	4 (10.0)
Major depresyon	6 (1.1)	0	3 (7.5)
Distimi*	5 (0.9)	4 (3.6)	12 (30.0)
Yaygın anksiyete bozukluğu*	5 (0.9)	4 (3.6)	9 (22.5)
Obsesif kompulsif bozukluk	7 (1.3)	2 (1.8)	2 (5.0)
Toplam*	26 (4.7)	26 (23.3)	30 (75.0)

ANOVA ile değerlendirildi. \* istatistiksel olarak anlamlı





**Şekil 1. Katılımcıların Liebowitz sosyal kaygı puanı ile KDDA puanları arasındaki ilişki**

Liebowitz sosyal kaygı toplam puanları ile KDDA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olumlu yönde güçlü bir ilişki saptandı (Şekil 1).

WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi alan skorlarının tümünde sosyal fobisi olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek yaşam kalitesi puanları saptandı (Tablo 8). Özgül sosyal fobisi olanlarla yaygın sosyal fobisi olanlar karşılaştırıldığında, özgül sosyal fobisi olanların yaşam kalite puanları psikolojik ve sosyal alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede; bedensel, çevresel ve ulusal alanlarda ise anlamlı olmayan seviyede daha yüksek bulundu. Ektansı olan ve olmayan sosyal fobiklerin yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 9).

**Tablo VIII. Araştırmaya katılanların WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi skorları**

Alanlar	Sosyal fobisi olmayanlar	Sosyal fobisi olanlar	t*	Analiz	
	$\chi \pm ss$	$\chi \pm ss$			p
Bedensel	16.30±1.86	14.55±1.96	10.058	<0.001	
Psikolojik	15.42±3.01	12.45±2.25	11.266	<0.001	
Sosyal	15.38±2.40	12.94±2.25	11.223	<0.001	
Çevre	14.98±2.05	13.23±1.91	9.401	<0.001	
Ulusal çevre	15.00±1.91	13.23±1.78	10.161	<0.001	

\* Tüm analizler için serbestlik derecesi 698

**Tablo IX. Ektanısı olan ve olmayan sosyal fobiklerin WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi skorları**

Alanlar	Ektanısı olmayan sosyal fobikler	Ektanısı olan sosyal fobikler	Analiz	
	(n=96)	(n=56)	t *	p
	$\chi \pm ss$	$\chi \pm ss$		
Bedensel	14.52±2.11	14.60±1.70	-.218	0.828
Psikolojik	12.52±2.45	12.33±1.86	0.513	0.609
Sosyal	13.04±2.45	12.78±1.86	0.674	0.501
Çevre	13.42±1.93	12.91±1.84	1.612	0.109
Ulusal çevre	13.43±1.76	12.90±1.77	1.784	0.760

\* Tüm analizler için serbestlik derecesi 150

Sosyal fobisi olanlarla olmayanlar arasında kendi öz bildirimlerine göre akademik başarı düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı (Tablo 10).

**Tablo X. Araştırmaya katılanların akademik başarı düzeyleri**

	Akademik başarı			Analiz		
	İyi n (%)	Orta n (%)	Kötü n (%)	X <sup>2</sup>	sd	p
Sosyal fobisi olmayanlar	208 (38.0)	304 (55.5)	36 (6.6)			
Sosyal fobisi olanlar	56 (36.8)	80 (52.6)	16 (10.5)	2.723	2	0.256

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde sosyal fobi sıklığı, ilişkili olabilen risk faktörleri, madde kullanım durumları ve sosyal fobiye eşlik eden ek tanılar saptanmaya çalışıldı. Ayrıca sosyal fobinin kimlik gelişim sürecine, yaşam kalitesine ve akademik başarıya olan etkisi araştırıldı.

Çalışmamızın en dikkat çekici bulgusu sosyal fobinin üniversite öğrencileri arasında oldukça yaygın olduğunu göstermiş olması ve sıklık, eşlik eden tanılar, sosyal fobi ölçek puanları ve yaşam kalitesine etkileri bakımından sosyal fobinin yaygın ve özgül tipinin oldukça farklı olduğunu ve iki ayrı alt grup olarak ele alınması gerekliliğini ortaya koymasındır.

### 5.1. Yaygınlık ve Alt Tipler

Bu çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı % 21.7 olarak bulundu. Sosyal fobilerin büyük çoğunluğu (% 73.7) özgül sosyal fobi alt tipindedi. Özgül sosyal fobiler en sık seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak, dikkatleri üzerinde toplamak gibi performans gerektiren durumlarda ortaya çıkıp bunu sırasıyla etkileşimsel alanlar ve başkası tarafından değerlendirilme alanlarındaki sosyal fobiler izledi. LSAÖ kaygı ve kaçınma puanları, eşlik eden tanıların sıklığı, KDDA puanları yaygın sosyal fobi tipinde özgül sosyal fobiye göre daha yüksek, yaşam kalitesi puanları daha düşük bulundu. Yaygın sosyal fobinin özgül sosyal fobiye göre daha şiddetli olduğu ve daha fazla işlevsellik kaybına yol açtığı saptandı.

Sivas'ta Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %9.8 bulunmuştur (96). Dilbaz (97), Ankara'da 1000 üniversite öğrencisinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre yapmış olduğu çalışmada SAB tanısı konulanların yüzdesini %22 olarak saptamıştır. Kırpınar ve arkadaşları (98) Atatürk Üniversitesinde 324 öğrencide CIDI (Composite International Diagnostic Interview=Uluslar arası birleşik tanısız görüşmesi)'nin bir versiyonunu kullanarak yaptıkları çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığını % 17 bulmuşlardır.

Kılıç (99), tüm yaş gruplarında yaptığı Türkiye ruh sağlığı profili araştırmasında, sosyal fobi yaygınlığını %1.8 olarak tespit etmiştir. Toplum geneline göre üniversite öğrencilerinde görülen daha yüksek oran sosyal fobinin çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkması, öğrencilerin toplumun diğer kesimlerine göre (esnaf, ev hanımı vb) daha fazla toplum içinde konuşma gereksiniminden kaynaklanıyor olabilir. Toplumun diğer kesimleri ya da yaş grupları kısmen kaçınma davranışı gösterebilirken öğrenciler kaçınamayacakları bu durumla karşılaşınca sorun daha görünür kılınmaktadır.

İsveç'te 2007 yılında üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sosyal fobi %16.1 oranında saptanmıştır. En yaygın sosyal fobi bir grup önünde konuşma olup bunu sırasıyla tanımadık biriyle telefon görüşmesi yapma, tanımadık biriyle iletişime geçme, grup tartışmasına katılma ve umumi tuvaleti kullanma izlemektedir. Sosyal fobilerin %83'ü hafif form olan özgül sosyal fobi, %17'lik kısmı ise daha ağır formu olan yaygın sosyal fobi alt grubundadır (100). Avustralya'da üniversite birinci yıl öğrencilerinde sosyal fobi envanterinin kısa versiyonu kullanılarak (Mini-SPIN) yapılan bir pilot çalışmada sosyal fobi yaygınlığı %18.3 oranında bulunmuştur (101). Amerika'da sosyal fobi alt tiplerini saptamak amacıyla yapılan 15-54 yaş grubu 8098 kişiyi kapsayan Ulusal Komorbidite çalışmasında yaşam boyu sosyal fobisi olanların 1/3'ü sadece toplum önünde konuşma korkularına sahipken 2/3'ü performans ve etkileşimsel alanda olmak üzere en az bir diğer sosyal korkuya sahipti. En sık karşılaşılan sosyal fobi %30.2 ile toplum önünde konuşma korkusudur. Aynı çalışmada sadece toplum önünde konuşmayla karakterize olan sosyal fobinin daha az süregen, işlevselliği daha az bozan ve diğer DSM-III-R bozukluklarıyla daha az birliktelik gösterdiği saptanmıştır (15).

Almanya'da 18-24 yaş arasındaki 1877 kişiyle yapılan bir çalışmada, korkulan sosyal durum sayısının açık bir kesme noktasına yol açmayacak şekilde yaygın olarak dağıldığı ve korkulan durum sayısı arttıkça işlevsel bozulmanın, ek tanılarının, öznel psikoterapi gereksiniminin, yardım arayışlarının ve işlevsel olmayan tutumların arttığı, sosyal destek ve ruh sağlığının kötüleştiği saptanmıştır (102). Almanya'da 14-24 yaşları arasındaki 3021 kişide ve DSM-IV algoritmasına dayalı uluslararası birleşik tanı görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview=CIDI) kullanılarak yapılan başka bir çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %8.7 bulunmuş ve bunların yaklaşık 1/3'ünün yaygın tip olduğu belirtilmiştir. Yaygın sosyal fobisi olanlarda başlangıç yaşı daha erken, semptomlar daha dirençli, ektanı eşliği daha fazla, daha ciddi işlev kaybı, daha yüksek oranda tedavi oranları, daha sıklıkla ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü saptanmıştır (32). Nijerya'da 500 üniversite öğrencisinde dünya ruh sağlığı uluslararası birleşik tanısal görüşme ilk versiyonu (The World mental health initiative version of the composite international diagnostic interview=WMH-CIDI) ve DSM-III-R kullanılarak yapılan çalışmada sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı %9.4, son 1 yıllık yaygınlığı %8.5 olarak bulunmuş. En korkulan sosyal durum toplum önünde konuşma (%100) olup, bunu küçük bir grup önünde konuşma (%94.9) izlemiştir (103).

Ülkemizde Solmaz ve arkadaşlarının (104) yaptıkları bir araştırmada, en sık anksiyete yaratan durumlar sırasıyla; önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda konuşmak, seyirci önünde hareket ya da gösteri yapmak, dikkatleri üzerinde toplamak, romantik/cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmak, başkaları içerdeyken bir odaya girmek ve bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak olmuştur. Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalarda örneklem büyüklüğü, yöntem ve tanısal farklılıklar

nedeniyle farklı yaygınlık oranları saptanmış olup, kültürden bağımsız olarak tüm çalışmalarda en sık karşılaşılan özgül sosyal fobi tipinin topluluğa karşı konuşma olduğu bildirilmiştir. Özgül sosyal fobi daha sık görülmesine karşın yaygın sosyal fobi daha şiddetli ve işlevselliği daha çok bozar niteliktedir.

## 5.2. Demografik Değişkenler ve Risk Faktörleri

Çalışmamızda sosyal fobinin görülme sıklığının farklı demografik özelliklere göre değiştiği saptandı. Buna göre sosyal fobi görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre 1.7 kat, son 15 yılda en uzun süre şehirlerde yaşayanlara göre ilçede yaşayanlarda 1.5 kat, köyde yaşayanlarda 1.9 kat, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre 1.8 kat daha fazla görülürken gelir seviyesinin artışıyla beraber sosyal fobi görülme sıklığının azaldığını belirledik (Tablo 7). Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada da sosyal fobinin düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olanlarda, köyde doğanlarda ve son 15 yıldır köyde yaşayanlarda, kadınlarda ve ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (96).

İsveç'teki öğrencilerde yapılan çalışmada sosyal fobi kadınlarda, bekarlarda, İsveç dışında doğmuş olanlarda, küçük yerleşim birimlerinde yaşayanlarda (<10.000) ve ülkenin güney bölgelerinde yaşayanlarda daha sık görülmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyede bulunmamıştır (100). Amerika'da 1998 yılında yapılan ulusal komorbidite çalışmasında sosyal fobi sıklığı ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü arasında ilişki bulunmuş, istatistiksel olarak en güçlü ilişki annede yaygın anksiyete bozukluğunun varlığı ile sosyal fobi varlığı arasında saptanmıştır (15). Cinsiyetin sosyal fobideki rolünü araştıran bir çalışmada, sosyal fobi alt tipleri, eşlik eden eksen I ve eksen II tanıları, ailede sosyal fobi öyküsü açısından kadınlarla erkekler arasında fark saptanmamıştır. Ancak kadınların otorite konumundaki biriyle konuşurken, izleyici önünde konuşma yaparken, gözlendiği sırada çalışırken, odada başkaları varken odaya girerken, dikkatler üzerindeyken, bir toplantıda konuşurken, bir konuda aynı görüşte olmadığını ifade ederken, bir partiye giderken; erkeklerin ise umumi tuvaleti kullanırken, mağazadan aldığı giysileri geri getirirken önemli oranda daha fazla korku yaşadıkları saptanmıştır. Bazı sosyal korkuların kadın ve erkeklerde daha farklı oranda yaşanmasının o toplumun geleneksel cinsiyet-rol beklentileriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (105).

Almanya'da ergen ve genç erişkinlerde yapılan çalışmada kadınlarda %9.5, erkeklerde %4.9 oranında sosyal fobi saptanmıştır (32). Nijerya'da yapılan çalışmada kadınlarda erkeklere göre yaşam boyu sosyal fobi yaygınlığı biraz daha yüksek görülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmamıştır (sırasıyla %10.1, %8.7). Aynı çalışmada sosyal fobi en sık müslüman öğrenciler arasında görülürken (%14.3) bunu ortodoks hıristiyan öğrenciler(%11) ve ortodoks olmayan Hıristiyan öğrenciler (%7.5) takip etmiştir. Sosyal fobi alt sosyal sınıflarda %15.9, üst sosyal sınıflarda %7.3 oranında bulunmuş, bu oranın aylık gelir seviyesi arttıkça azaldığı belirtilmiştir (103). Çalışmamızın

verileriyle uyumlu olarak ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda kadınlar, siyahlar, düşük sosyoekonomik seviyeye sahip olanlar, köyde yaşayanlar gibi hiyerarşik sistemin alt kesiminde yer alan gruplarda sosyal fobi daha yaygın olarak bulunmaktadır. Kadınlarda daha sık görülmesi cinsiyet-toplumsal rol beklentisinin bir ürünü olup kadınların sosyal fobik olması, kabul edilebilir (istenen) bir tavır olarak değerlendirilmektedir. Düşük sosyoekonomik seviyenin ise sosyal ilişkileri kısıtlama ve düşük özgüven yaratma yoluyla sosyal fobinin oluşumuna katkı yapması olasıdır.

### **5.3. Sigara, Alkol, Madde Kullanımı ve Özkıyım**

Çalışmamızda sosyal fobisi olanlarda özkıyım düşüncesi sosyal fobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek oranda bulunurken özkıyım girişiminde bulunma oranları arasında bir fark saptanmamıştır. Francis ve arkadaşları (106) tarafından yapılan çalışmada sosyal fobisi olan ergenlerin daha yüksek oranda özkıyım düşüncesine sahip oldukları bulunmuştur. Almanya'da ergen ve genç yetişkinlerde yapılan çalışmalarda eşlik eden depresyon varlığında özkıyım düşünce ve girişiminin önemli oranda arttığı bulunmuştur (107). Saren ve arkadaşları (108) tarafından 18-64 yaş grubunda 4796 kişide 3 yıllık toplum temelli izlem çalışmasında sosyal fobide artmış özkıyım düşüncesi saptanırken özkıyım girişimiyle ilişki bulunamamıştır. DSM-III-R kullanılarak, 13 yıllık izlem sonucu yapılan Baltimore epidemiyolojik alan çalışmasında, özkıyım girişimiyle sosyal fobi arasında ilişki bulunmamış, ancak sosyal fobiye depresyonun eşlik etmesi durumunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (109).

Çalışmamızda alkol ve madde kullanım oranlarının sosyal fobisi olanlarda ve olmayanlarda benzer düzeyde olduğu görüldü. Alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı nedeniyle hospitalize edilen ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada, anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 17 ergenin 9'unda SAB saptanmıştır (110). Nijerya'da yapılan çalışmada sosyal fobisi olanların %10.3'ü, olmayanların %7.5'i halen alkol kullanmakta olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyeye ulaşmamıştır (103). Crum ve Pratt (111), 18 yaş üzerindeki 1920 yetişkinde yaptıkları bir izlemsel çalışmada eşik altı seviyedeki sosyal fobinin alkolle ilişkili problemler için risk faktörü oluşturduğunu ancak sosyal fobili kişilerde böyle bir riskin olmadığını saptamışlardır. Tanı kriterlerini karşılayan sosyal fobiklerin sıklıkla korkulu durumlardan kaçındıkları, böylece baş etme aracı olarak alkol kullanmadıkları ve alkolle ilişkili problemler yaşamadıkları belirtilmiştir. Amerika'da 228 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada alkol problemlerinin sosyal anksiyeteden çok akran ilişkileriyle ve sosyal bağlantılarla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (58).

Çalışmamızda şu anda sigara kullanma durumları karşılaştırıldığında sosyal fobisi olmayanların oranlarına göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha fazla sigara içtikleri saptandı (sırasıyla %32.8, %13.2). Almanya'da 2000 yılında 3021 ergen ve genç erişkinin katıldığı, sosyal korkuların ve sosyal

fobinin sigara kullanımına / bağımlılığına etkisini değerlendiren retrospektif kesitsel ve prospektif izlem çalışmasının sonuçları yayınlanmıştır. Çalışmanın kesitsel bölümünde sosyal korku ve sosyal fobinin nikotin bağımlılığıyla önemli oranda ilişkisi bulunmuş, 4 yıllık izlem sonucunda ise sosyal korkunun nikotin bağımlılığını başlangıçta sigara kullanmayanlarda 3.85 kat, bağımlı olmayan düzeyde sigara kullananlarda ise 1.5 kat artırdığı bulunmuştur. Dolayısıyla ergen ve genç erişkinlerde sosyal korkuların önemli oranda nikotin bağımlılığı gelişimini etkilediği saptanmıştır. Sosyal korkuların sosyal ortamlarda gerginliği azalttığı ve sosyal olarak kabul edilebilir bir davranış olarak algılanmasının fazla tütün kullanımına yol açtığı belirtilmiştir (112). Johnson ve arkadaşları (113) tarafından toplum temelli 688 ergen ve genç yetişkinle yapılan 6 yıllık izlem çalışmasında ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde ağır sigara kullanımı ( $\geq 20$  tane/gün) ile agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk arasında ilişki saptanırken, obsesif kompulsif bozukluk ve SAB ile ilişkili bulunmamıştır. Çalışmamızda ise sosyal fobiklerde sigara kullanımı daha az oranda saptanmış olup, bu kişilerin daha az sosyal ortama katılmalarının akran gruplarının sigara kullanım yönündeki baskılarına daha az maruz kaldığı şeklinde yorumlanmıştır.

#### **5.4. Eştanılar**

Bu çalışmada yaygın sosyal fobisi olanların %75'inde, özgül sosyal fobisi olanların %23.3'ünde ve sosyal fobisi olmayanların %4.7'sinde en az bir başka birinci eksen tanısının söz konusu olduğu bulundu. Yaygın sosyal fobisi olanlarda sırasıyla distimi (%30), yaygın anksiyete bozukluğu (%22.5), basit fobi (%10) ve major depresyon (%7.5) en sık eşlik eden tanılardı. Almanya'da 2000 yılında ergen ve genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada SAB olanlarda olmayanlara göre depresyon gelişme riski 3.5 kat daha fazla bulunmuştur. Aynı çalışmada başlangıçta depresif bozukluğun eşlik ettiği sosyal anksiyete bozukluğunun daha kötü prognoza sahip olduğu, depresyonun süregenliğinin ve tekrarlamasının 2.3 kat , özkıyım oranının 6.1 kat arttığı bulunmuştur (107). Stein ve Kean (114) 15-64 yaş grubunda yaptıkları çalışmada sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre depresyon ektanısının 3.3 kat daha fazla olduğunu ve sosyal fobinin depresyon başlangıcından önce varolduğunu saptamışlardır. Amerika'da yapılan bir çalışmada da yaygın sosyal fobisi olanlarda sadece toplum önünde konuşma korkusu olanlara göre duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu daha sık saptanmıştır (15). Nijerya'da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada sosyal fobisi olanların %27.8'inde olmayanların %7.6'sında son bir yılda depresyon saptanmıştır. Aynı çalışmada psikolojik stres varlığı ve sağlığını olumsuz olarak değerlendirme de sosyal fobiklerde daha sık görülmüştür (103).

Sosyal fobi ile en sık birlikteliği saptanan II. Eksen tanısının çekingen kişilik bozukluğu olduğu görülmüştür (57). Çalışmamızda, yaygın sosyal fobi ile çekingen kişilik bozukluğu tanı kriterlerinin çoğunun aynı olması ve aralarındaki ayrımın bulanık olması nedeniyle sosyal fobiye eşlik eden ikinci eksen tanılarının klinik ortamda, uzun görüşme ve izlemlerle konulmasının daha sağlıklı olacağı düşünülmüş ve ikinci eksen tanıları araştırılmamıştır.

### **5.5. Kimlik Gelişim Sürecine Etkisi**

Sosyal fobinin kimlik gelişim sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla katılımcılara KDDA uygulandı. KDDA puanları sosyal fobisi olmayanlarda ortalama 46.36, özgül sosyal fobisi olanlarda 65.50, yaygın sosyal fobisi olanlarda 69.80 bulundu. KDDA puanları arasındaki bu fark, yaygın/özgül sosyal fobisi olanlarla sosyal fobisi olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede yaygın tiple özgül tip arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede değildi. LSAÖ puanları ile KDDA puanları arasında olumlu yönde güçlü bir ilişki saptandı. KDDA'nın artan puanla birlikte kimlik bocalamasıyla bağlantılı yaşantıların yoğunluğunu göstermesi, yaygın tipinde daha yoğun olmak üzere sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre kimlik bocalamasıyla bağlantılı yaşantıların daha sık görüldüğünü düşündürmektedir. Yani yaygın tipde daha fazla olmak üzere sosyal fobikler kimlik gelişim sürecini daha çalkantılı bir şekilde yaşamaktadırlar. Literatürde doğrudan kimlik gelişim süreci ile sosyal fobi arasında ilişkiyi araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dereboy ve arkadaşları (92,93) tarafından gençlerde yapılan çalışmalarda KDDA skorları ile hem kendini ruhsal yönden sorunlu görme, hem de Rosenberg Özdeğer Duygusu Ölçeği ile ölçülen özdeğer duygusunda düşüklük arasında istatistiksel olarak anlamlı bağlantı bulunmuştur. Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinde yapılan ve sosyal fobi ile özgüven ve vücut görüntüsü arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada sosyal fobi yaygınlığı özgüveni düşük grupta %14.9, özgüveni yüksek grupta ise %6.6 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı seviyededir. Aynı çalışmada sosyal fobisi olanlarda Rosenberg benlik saygısı ölçek puanı sosyal fobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulunmuştur (Yüksek skor düşük benlik saygısını göstermektedir). Benlik saygısı yüksek kişilerin sosyal ilişkilere rahatça girdikleri ve kendilerine güvenle hareket ettikleri düşünülmektedir. Sağlıklı bir kimlik gelişim süreciyle ilişkili olabileceği düşünülen benlik saygısı seviyesi arttıkça sosyal ilişkilerde çekingenlik azalmaktadır. Aynı çalışmada vücut imaj skoru düşük olanlarda sosyal fobi daha sık görülmüş ve kendini fiziksel olarak olumsuz değerlendirmenin ve bundan kaynaklanan özgüven eksikliğinin sağlıklı sosyal ilişkileri engellediği bulunmuştur (115).

Kimlik bocalaması mı sosyal fobiye yol açıyor, yoksa sosyal fobi mi kimlik bocalamasına yol açıyor? Bu iki faktör ortaya çıkış dönemi ve ortaya çıkışındaki bireysel ve toplumsal faktörler dikkate alındığında, neden sonuç ilişkisinden ziyade birbirini etkileyen ve eşzamanlı ele alınması gereken



faktörler olarak düşünülmesi daha doğru olacaktır. Kimlik gelişiminin önemli bir aşaması olan üniversite eğitimi döneminde sosyal fobisi olan öğrencilerin saptanarak gerekli psikoterapi ve farmakoterapiyle bu kişilerin eğitim, iş, sosyal ve duygusal ilişkilerinin artması kimlik gelişim sürecinin son rütüşlarına önemli katkılar yapacaktır.

### **5.6. Yaşam Kalitesine Etkisi**

Bu çalışmada sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre yaşam kalitesinin tüm alan puanları daha düşük bulundu. Alt tipler karşılaştırıldığında ise, özgül sosyal fobisi olanlarda yaygın sosyal fobisi olanlara göre psikolojik ve sosyal alan puanlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede; bedensel, çevresel ve ulusal alanlarda ise anlamlı olmayan seviyede yaşam kalitesi puanları dahi yüksek bulundu. Sosyal fobiklerdeki ektanı varlığının yaşam kalitesine etkisi görülmedi (Tablo 9). Ülkemizde sosyal fobinin yaşam kalitesi üzerine etkisi daha önce araştırılmamıştır. Kanada'da 15-64 yaş arası 8000 kişide yapılan bir epidemiyolojik çalışmada sosyal fobi varlığının tüm alanlarda yaşam kalitesini önemli oranda düşürdüğü, eşlik eden depresyonun kısmi bir etkisinin olduğu, ancak depresif bozukluğun olmadığı durumlarda da yaşam kalitesinin önemli oranda düştüğü saptanmıştır. Yaygın sosyal fobisi olanlarda toplum önünde konuşma gibi özgül sosyal fobisi olanlara göre yaşam kalitesi alan puanları daha düşük bulunmuştur (114). Amerika'da Stres ve Anksiyete Bozuklukları Merkezine başvuran 18 erkek ve 26 kadının incelendiği bir çalışmada sosyal fobi varlığının yaşam kalitesini düşürdüğü, yaygın tipin ya da çekingen kişilik bozukluğu varlığının yaşam kalitesi alan puanlarındaki düşüşü artırdığı bulunmuştur (116).

### **5.7. Akademik Başarıya Etkisi**

Çalışmamızda sosyal fobi varlığının akademik başarıyı etkilemediği görüldü. Ülkemizde sosyal fobi varlığının akademik başarıya etkisini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Van Ameringen ve ark. (20) tarafından anksiyete bozukluklarının okul başarısına ve okuldan ayrılmaya etkisinin retrospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada, ardışık başvurulmuş primer tanısı anksiyete bozukluğu olan 18-65 yaş arası 201 kişide okuldan ayrılma oranı %49 bulunmuştur. Bunlar lise ya da üniversite eğitimi döneminde okuldan ayrılmışlardır. Okuldan ayrılanların %50'si bu kararlarının başlıca nedeninin yaşadıkları anksiyete olduğunu belirtmişlerdir Okulu terk edenlerin %61.2'si primer ya da komorbid yaygın sosyal fobi tanılı kimselerden oluşmaktaydı. Okulu terk etmelerinin en sık nedenleri sınıf önünde konuşma kaygısı, okul ve sınıfta aşırı gerginliktir. Eğitim ortamında bu öğrencilerin zamanında fark edilip gerekli müdahalelerin yapılmamasının, öğrencilerin kaçınma davranışı göstermelerine, sürekli yüksek seviyede anksiyete yaşamalarına, sonuçta okuldan ayrılmalarına yol açtığı öne sürülmüştür. Stein ve Kean (114) 15-64 yaş grubunda yaptıkları çalışmada sosyal fobisi olanların daha

fazla olasılıkla sınıfta kaldıklarını (OR:1.77), sosyal fobi tipleri ile sınıfta kalma arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve yaygın sosyal fobisi olanların özgül sosyal fobisi olanlara göre daha fazla sınıfta kaldıklarını (OR:1.87) belirtmişlerdir. Stein ve arkadaşları (16) yaptıkları çalışmada sosyal fobisi olanların liseyi bitirememe olasılığının sosyal fobisi olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu (OR:2.7) belirtmişlerdir.

Beklenenin tersine çalışmamızda sosyal fobi varlığının akademik başarıyı olumsuz etkilemediği görüldü. Ancak çalışmamızın kesitsel bir nitelik taşıması nedeniyle katılımcıların üniversite eğitiminin tümündeki başarısı hakkında bilgi edinilemedi. Ayrıca akademik süreç sadece üniversite dönemiyle sınırlı olmadığı için ilkokul döneminden başlayıp üniversiteye giriş isteği, üniversitedeki başarı durumu ve mezuniyet sonrası başarı durumunu da kapsayan uzun dönemli prospektif ya da retrospektif çalışmalar daha kapsamlı bilgiler verecektir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Uzun yıllar ihmal edilen sosyal fobi yaklaşık her on üniversite öğrencisinin bir veya ikisinde görülen sık karşılaşılan psikiyatrik bir problemdir.
- Sosyal fobi gerekli müdahalelerin yapılması durumunda oldukça başarıyla tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ailelerin, öğretmenlerin ve akademisyenlerin bu konuda daha duyarlı olması ve bu kişileri tedavi arayışına yönlendirmeleri büyük önem taşımaktadır.
- Özgül sosyal fobi ile yaygın sosyal fobi ortak ve farklı yönleri olan iki sosyal fobi alt grubu olarak ele alınmalıdır.
- Özellikle performans durumlarında ortaya çıkan özgül sosyal fobi yaygındır. Çalışmamızda saptanan sosyal fobiklerin %73.7'si özgül sosyal fobi alt tipindedir. Sık karşılaşılan toplum önünde konuşma korkusunun aşılmasında interaktif, öğrenci merkezli eğitim sisteminin uygulanması performans kaygılarının azaltılmasında faydası olacaktır.
- Ortaya çıkış dönemi, toplumsal ve bireysel nedenleri dikkate alındığında sosyal fobi kimlik gelişim süreci ile beraber ele alınmalıdır.
- Sosyal fobi gelişmesi bakımından görece risk altında olan kadınlar, uzun süre köyde/kasabada yaşayanlar, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlar ve sosyoekonomik seviyesi düşük olanlar daha dikkatle izlenmeli, gerekli müdahaleler yapılarak topluma kazandırılmalıdır.
- Risk faktörleri dikkate alındığında sınıfsal eşitsizliklerin de sosyal fobi gelişiminde rol oynadığı söylenebilir. Ülkedeki sınıfsal eşitsizliklerin azaldığı oranda sosyal anksiyetenin azalacağı varsayılabilir.
- Eşlik eden psikiyatrik sorunlar hızla ele alınmalı, gerekli müdahaleler yapılmalıdır.
- Sosyal fobi öğrencilerin akademik başarısını etkilemese de yaşam kalitelerini oldukça düşürmektedir. Sosyal fobinin yaşam kalitesi üzerine etkisi dikkate alınarak yaşam kalitesi yüksek öğrenciler ve yetişkinlerin oluşumuna katkıda bulunulmalıdır.

- Sosyal fobinin akademik başarı, okuldan ayrılma ve mezuniyet sonrası başarı seviyelerine etkisini tespit amacıyla kapsamlı izlem çalışmaları ya da retrospektif çalışmalar yapılmalıdır.

## ÖZET

### **Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı, Yaşam Kalitesi ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri**

**Amaç:** Bu çalışma üniversite öğrencilerinde sosyal fobi sıklığının, yatkınlık oluşturan risk faktörlerinin, eşlik eden madde kullanımı ve klinik tanıların belirlenmesi; sosyal fobinin kimlik gelişim sürecine, yaşam kalitesine ve akademik başarıya olan etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

**Metod:** Çalışmaya 1 Mart - 1 Haziran 2008 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesinde eğitim gören 700 öğrenci katıldı. Katılımcılara 24 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Türkler için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu, Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı uygulandı. Tanılar DSM-IV-TR (Amerika Psikiyatri Derneği, 2000) ölçütlerine göre psikiyatrik görüşmelerle kondu.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanlarda sosyal fobinin bir yıllık yaygınlığı % 20.9, yaşam boyu yaygınlığı % 21.7 olarak hesaplandı. Son 1 yılda sosyal fobi görülenlerin % 74.6'sında, yaşam boyu görülenlerin ise %76.5'inde özgül sosyal fobi söz konusuydu. Özgül veya yaygın sosyal fobisi olanlar ile sosyal fobisi olmayanlar arasında Liebowitz sosyal anksiyete ve Kimlik Duygusu Değerlendirme Aracı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı. Kadınlarda, gelir seviyesi düşük olanlarda, son 15 yıllık sürede en çok köylerde ve kasabalarda (ilçelerde) yaşayanlarda, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık sosyal fobi görüldü. Lojistik regresyon analizinde; kadınlar erkeklere göre 1.7 kat, son 15 yılda en uzun süre şehirlerde yaşayanlara göre ilçelerde yaşayanlar 1.5 kat, köyde yaşayanlar 1.9 kat, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar olmayanlara göre 1.8 kat daha fazla sosyal fobi riskine sahipti. Gelir seviyesinin artışıyla beraber sosyal fobi görülme sıklığının azaldığı görüldü. Sosyal fobisi olmayanlarda sigara kullanma, sosyal fobiklerde özkıyım düşüncesi anlamlı düzeyde yüksek bulundu. WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi alan skorlarının tümünde sosyal fobisi olmayanlarda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek yaşam kalitesi puanları saptandı. Sosyal fobisi olanlarla olmayanlar arasında kendi öz bildirimlerine göre akademik başarıda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmadı.

**Sonuç:** Uzun yıllar ihmal edilen sosyal fobi üniversite öğrencilerinde oldukça sık görülen ve kimlik gelişim süreci ve yaşam kalitesini oldukça etkileyen bir hastalıktır. Erken tanınıp tedavi edilmesi

öğrencilerin hem yaşam kalitelerinin yükselmesini, hem de kimlik gelişimlerinin sağlıklı bir yönde ilerlemesini sağlayabilir. Ailelerin, öğretmenlerin ve akademisyenlerin bu konuda daha duyarlı olması ve bu kişileri tedavi arayışına yönlendirmeleri büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal fobi, üniversite öğrencisi, yaşam kalitesi, kimlik gelişimi

## ABSTRACT

### **Prevalence of Social Phobia in Undergraduate Students at Adnan Menderes University, and its Impact on Life Quality and Identity Formation.**

**Purpose:** The present study aims to investigate the prevalence of social phobia, and the sociodemographic variables, substance use patterns and comorbid psychiatric disorders associated with it. The impact of social phobia on quality of life, academic achievement and the identity development are also addressed.

**Method:** 700 undergraduate students at Adnan Menderes University participated in the study between 1<sup>st</sup> of March and 1<sup>st</sup> of June 2008. A sociodemographic data form consisting of 24 questions, Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) Short Form on Quality of Life that has prepared by the World Health Organization for Turks (WHOQOL-BREF-TR), and the Instrument for Assessing Identity Confusion (IFAIC) were administered to the participants. Diagnoses were made according to DSM-IV-TR by psychiatric interview.

**Findings:** Of the participants, 20.9 % were found to have had social phobia in the last 1 year, and 21.7% in their lifetime. 74.6 % of those who have had social phobia in last 1 year and 76.5 % of those have had social phobia in their lifetime have been detected to have had specific social phobia. Both common social phobia group and specific social phobia group differed from subjects with no social phobia in terms of LSAS and IFAIC scores, however, no significant difference was found between the two phobic groups. The prevalence of social phobia was relatively higher in women, in participants with the low income, who have lived in villages and towns in the last 15 years, and who have any family members with psychiatric problems. The multiple logistic regression analysis revealed that women were more vulnerable than man (OR=1.7), those participants who have lived mostly in villages or in towns than those who have lived mostly in cities over the last 15 years (OR=1.9 and OR=1.5 respectively), and those with a family member suffering from psychiatric disease than those without (OR= 1.8). It was also found that the higher the income is, the less the risk for social phobia. The frequency of participants who smoke was decreased, but the frequency of participants having suicidal ideation was increased in a significant manner among social phobics as compared with non-phobics. Also WHOQOL-BREF-TR life quality scores were significantly lower in those with social

phobia than those without. According to the self- evaluation of the participants, the academic achievement of those with social phobia was not different than those without.

**Conclusion:** Social phobia which has been ignored for years is quite prevalent among university students and has significant impacts on n the identity development process and the quality of life. Therefore, early diagnosis of social phobia will both increase the quality of life and facilitate a healthy identity development. In this regard, it is of utmost importance to implement projects aiming to enhance students', families', teachers' and academicians' knowledge on, and sensitivity to the existence of social anxiety in adolescents and the psychological, social as well as academic problems associated with it.

**Key Words:** Social phobia, university student, quality of life, identity development.

## KAYNAKLAR

1. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T (ed.ler). Anksiyete Bozuklukları. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi – No: 4:185-212.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson, C B, Hughes M, Eshelman S, Wittchen H, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry* 1994;51, 8–19.
3. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorder in children: sociodemographic and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31; 1070–1076.
4. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European* 2000; 15: 29-37.
5. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-288.
6. Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE., Ries BJ, Lewin MR. Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 1999; 13(3): 271–292.
7. Eng W, Heimberg RG, Coles ME, Schneier FR, Liebowitz MR. An empirical approach to subtype identification in individuals with social phobia. *Psychological Medicine* 2000 30(6): 1345–1357.
8. Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Spitzer RL. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 1993; 7(3): 249–269.
9. Hofmann SG, Heinrichs N, Moscovitch DA. The nature and expression of social phobia: toward a new classification *Clinical Psychology Review* 2004; 24(7): 769–797.
10. Manuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF, Fyer AJ. Generalized social phobia: reliability and validity. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 230-237.
11. Brunello N, Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, Lepine JP, Lydiard B, Mendlewicz J, Montgomery SA, Racagni G, Stein MB, Wittchen HU. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 2000; 60: 61-74.

12. Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, Fischer H, Pissioti A, Langstrom B, Fredrikson M. Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive behavioral therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 425-433.
13. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 737-767.
14. Furmark T, Tillfors M, Everz P-O, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 416-424.
15. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1998; 155:613-619.
16. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:1046-1052.
17. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin N Am* 2001; 24: 617-641.
18. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1999; 29: 555-67.
19. Mennin DS, Heimberg RG, Jack MS. Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 325-343.
20. Van Ameringen M, Mancini C, Farvolden P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. *J Anxiety Disord* 2003;17: 561-571.
21. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia. Review of a neglected disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 729-36.
22. Heckelman LR, Schneier FR. Diagnostic issues. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (eds). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1995:4-20
23. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry* 1966; 123: 218-21.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1994.



25. Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10, Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması, klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları, 1992. Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B (çev.). Ankara; Medikomat Basım Yayın, 1993.
26. Turner SM, Beidel DC, Roberson-Nay R. Offspring of anxious parents: reactivity, habituation, and anxiety-proneness. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1263-1279.
27. Güz H, Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6: 32-37.
28. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. Social phobia: a comparative clinical study. *Br J Psychiatry* 1983; 142: 174-9.
29. Hofmann SG, Roth WT. Issues related to social anxiety among controls in social phobia research. *Behavior Therapy* 1996; 27(1): 79-91.
30. Stemberger RT, Turner SM., Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology* 1995;104(3): 526-531.
31. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM. Social phobia: a comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101(2): 326-331.
32. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999; 29: 309-23.
33. Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğunda tedavi, gidiş ve sonlanım. Dilbaz N (ed.) *Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler*. Ankara; Pozitif Matbaacılık, 2005:1-19.
34. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and speaking phobics. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 172-9.
35. Hofmann SG, Ehlers A, Roth RT. Conditioning theory: a model for the etiology of public speaking anxiety? *Behav Res Ther* 1995; 33: 567-571.
36. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *J Abnorm Psychol* 1995; 104: 526-31.
37. Scholing A, Emmelkamp PMG. Social phobia: Nature and treatment. In: H. Leitenberg (Ed). *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York: Plenum Press. 1990: 269-316

38. Carol JM, Van VMA, Emmelkamp PMG, Scholing A. Generalized social phobia versus avoidant personality disorder differences in psychopathology, personality traits, and social and occupational functioning. *Journal of Anxiety Disorders* 2000; 14: 395-411.
39. Tyrer P. Diagnostic anomalies in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11:29-33.
40. Dahl AA. The relationship between social phobia and avoidant personality disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11: 109-112.
41. Huppert JD, Strunk DR, Ledley DR, Davidson JRT, Foa EB. Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and anxiety* 2008; 25: 441–448.
42. Sevinçok L, Şahin M, Yüksel N. Sosyal fobi ve çekingen kişilik bozukluğu: sosyal fobili bir grup hasta üzerinde kavramsal bir tartışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9(1):38-42.
43. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 159-68.)
44. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-8.
45. Wacker HR, Mullejjans R, Klein KH, Battegay R. Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 1992; 2: 91-100.
46. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, ve ark. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000;15: 17-24.
47. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. *Behav Modif* 2000; 24: 102-29.
48. Chavira DA, Stein MB. Recent developments in child and adolescent social phobia. *Current Psychiatry Reports* 2000; 2: 347-352.
49. Kashdan TB, Herbert JD. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001; 4: 37-60.
50. Davidson JRT, Huges DL, George LK. The epidemiology of social phobia: findings from Duke Epidemiological Catchment Area study. *Psychol Med* 1993; 23: 709-718.

51. Heimberg RG, Juster HR. Cognitive behavioral treatments: literature review. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (ed) Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York; Guilford 1995; 261-309
52. Hudson JL, Rapee RM. The origins of social phobia. Behav Modif 2000; 24: 102-129.
53. Beidel DC, Turner SM. At risk for anxiety. I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 918-924.
54. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. Science 1988; 240: 167-71.
55. Lewinsohn PM, Zinbarg R, Seeley JR, Lewinsohn M, Sack WH. Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. J Anxiety Disord 1997; 11: 377-94.
56. Lepine JP, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. J Affect Disord 1998; 50: 23-28.
57. Tükel R, Demir T, Demir-Eralp D. Sosyal fobide klinik özellikler: 42 olgunun değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi.
58. Ham LS, Hope DA. Incorporating social anxiety into a model of college student problematic drinking. Addict Behav 2005; 30: 127-150.
59. Burke RS, Stephens RS. Social anxiety and drinking in college students: a social cognitive theory analysis. Clin Psychol Rev 1999 ; 19 (5): 513-530.
60. Amering M, Bankier B, Berger P, Griengl H, Windhaber J, Katschnig H. Panic disorder and cigarette smoking behavior. Comprehensive Psychiatry 1999; 40: 35-38.
61. McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zolvensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders 2004; 18: 7-18.
62. Nelson CB, Wittchen H-U. Smoking and nicotine dependence. Results from a sample of 14- to 24-year-olds in Germany. Eur Addict Res 1998; 4: 42-9.
63. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 617-626.
64. Neeleman J, De Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. J Affect Disord 2004; 82: 43-52.
65. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa E, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist J. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993; 150: 935-940.

66. Have TM, Vollebergh W, Bijl R, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in the Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 2002; 68: 203-213.
67. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*. 1989; 321: 1209-1214.
68. Placidi GP, Oquendo MA, Malone KM, Brodsky B, Ellis SP, Mann JJ. Anxiety in major depression: relationship to suicide attempts. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1614-1618.
69. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf RD, Asmundson GJG, Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-1257.
70. Cox BJ, Dorenfeld DM, Swinson RP, Norton GR. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 882-887.
71. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, Street L, Delbene D, Liebowitz MR. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry* 1994; 55: 322-31.
72. Wittchen HU, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Int Clin Psychochopharmacol* 1996; 11: 15-23.
73. Strauss CC, Lahey BB, Frick P, Frame CL, Hynd GW. Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56: 137-141.
74. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment* 1995;7: 73-79.
75. Weiller E, Bisserte JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 169-174.
76. Gren-Landell M, Tillfors M, Furmark T, Bohlin G, Andersson G, Svedin CG. Social phobia in Swedish adolescents: prevalence and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 (Online baskı)
77. Olfson M, Guardino M, Struening E, Schneier FR, Hellman F, Klein DF. Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 521-527.
78. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Public-speaking fears in a community sample. prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(2): 169-74.

79. DuPont RL, Rice, DP, Miller LS, Shiraki SS, Rowland CR, Harwood HJ. Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety* 1996;2: 167–172.
80. Cicchetti D, Rogosch FA A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 6-20.
81. Archer SL The status of identity: reflections on the need for intervention. *J Adolesc* 1989; 12: 345-359.
82. Dereboy F. *Kimlik Bocalaması: Anlamak, Tanımak, Ele Almak*. 1. Baskı Malatya: Özmert Ofset, 1993.
83. Erikson E.H. *İdentity: Youth and Crisis*. W.W.Norton, New York. 1968
84. Gümüş A. *Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)* Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1997.
85. Rosenberg M. *Society and adolescent self-image*. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1965.
86. Geist CR. Social avoidance and distress as a predictor of perceived levels of control and level of self-esteem. *J Clin Psychol* 1982; 38: 611–613.
87. Morrison TL, Thomas MB. Self-esteem and classroom participation. *J Educ Res* 1975; 68: 374–377.
88. Yelsma P, Yelsma J. Self esteem and social respect within the high school. *J Soc Psychol* 1998;138:431–41.
89. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Psychopharmacology* 1987; 22: 141-73.
90. Dilbaz N, Güz H. Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2-6 Ekim, 2001.
91. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY, Elbi H, Göker E: WHOQOL-100 ve WHOQOL – BREEF’in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi* 1999; 23-40
92. Dereboy İF, Dereboy Ç, Çoşkun A, Çoşkun B. Özdeğer Duygusu, Öz İmgesi ve Kimlik Duygusu-II. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 1994; 1(2): 61-69
93. Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok L, Kaynak H. Gençlerde Kimlik Gelişimi Sürecini Değerlendirmekte Kullanılan İki Ölçeğin Psikometrik Özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10: 92-101.
94. Çuhadaroğlu F. Identity Confusion and Depression in Groups of Adolescents Having Psychiatric and Physical Symptoms. *The Turkish Journal of Pediatrics* 1999; 41; 73-79.

95. Türkbay T, Özcan C, Doruk A, Uzun Ö. Consequences of identity confusion on adolescents' psychiatric symptoms and self-esteem. *Psychiatry in Türkiye*, 2005; 7: 92-97.
96. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(4):207-214.
97. Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 24-29, 2002.
98. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ ve ark: Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI (DSM-III-R) ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1997; 4:253-265.
99. Kılıç C. Türkiye'nin ruh sağlığı profili: ruh sağlığı hizmeti kullanımı. Önder ME (yayına hazırlayan) Bahar Sempozyumları I, Antalya. Ankara Psikiyatri Derneği Yayınları 1997; 38-39.
100. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 79-86.
101. Wilson I. Screening for social anxiety disorder in first year university students. A pilot study. *Aus Fam Physican* 2005; 34:983-984.
102. Vriends N, Becker ES, Meyer A, Michael T, Margraf J. Subtypes of social phobia: are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders* 2007; 21: 59-75.
103. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 [ Epub ahead of print] (Online baskı).
104. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eş tanı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10: 207-14.
105. Turk CL, Heimberg RG. An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 1998;12:209-223.
106. Francis G, Last CG, Strauss CC. Avoidant disorder and social phobia in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1992; 31: 1086-1089.
107. Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 251-256.

108. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf RD, Asmundson GJG, Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-1257.
109. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depression and anxiety* 2008; 25: 477–481.
110. Clark DB, Bukstein OG, Smith MG, Kaczynski NA. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services* 1996; 46: 618–620.
111. Crum RM, Pratt LA. Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia: a prospective analysis. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1693–1700.
112. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kesler RC and Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur Psychiatry* 2000;15: 67-74.
113. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorder during adolescence and early adulthood. *JAMA* 2000; 284: 2348– 2351.
114. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000;157:1606-1613.
115. Izgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 630–634.
116. Safren SA, Heimberg RG, Brown EJ, Holle C. Quality of life in social phobia. *Depression and anxiety* 1997; 4: 126–133.

# ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SOSYAL FOBİ, YAŞAM KALİTESİ VE KİMLİK OLUŞUMU ÜZERİNE ETKİLERİ

Cinsiyeti:

Sınıf:

Yaş:

(Şu anda) Yalnızım ( ) Kız/ Erkek arkadaşım var ( ) Diğer.....  
(Üniversiteye girdiğimden beri) Yalnızım ( ) Kız/ Erkek arkadaşım var ( ) Diğer.....

Şu an yaşadığınız yer?

Yurt/pansiyon ( ) Aileniz birlikte ( ) Evde yalnız ( ) evde arkadaşlarımla ( )

Bölümü:.....

(Eğer bölümünüz tıp ise) Uzmanlaşmayı düşündüğünüz alan.....



Doğduğunuz yer? Hangi coğrafi bölge.....

Şehir merkezi ( ) İlçe merkezi ( ) Köy ( )

Kaç yıldan beri Aydın'da yaşamaktasınız?

Son 15 yıldır yaşamakta olduğunuz yer? Şehir merkezi ( ) İlçe merkezi ( ) Köy ( )

Aydında yaşama nedeniniz?

Ailem burada ( ) Üniversiteyi kazanarak geldim ( )

Annenizin eğitim durumu nedir?

Okula gitmemiş ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

Babanızın eğitim durumu nedir?

Okula gitmemiş ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( )

Siz dahil kaç kardeşsiniz?.....

Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?.....

Ailenizde psikiyatrik hastalığa sahip kimse var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Herhangi bir tıbbi hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )

Ailenizin aylık gelir durumu :.....YTL

Derslerdeki başarınız? İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )

Halen sigara kullanıyor musunuz? Evet ( ) hayır ( )

Alkol kullanıyor musunuz? Evet ( ) hayır ( )

Herhangi bir madde kullanımı (esrar, eroin vb) Evet ( ) hayır ( )

Bugüne kadar intihar etmeyi düşünmedim ( ) sadece düşündüm ( ) Girişimde bulundum ( )

Şu ana kadar sosyal ortamlarda travmatik bir olay yaşadınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

Semptomlar başlaması: Üniversitedeyken ( ) Hayatının bir döneminde ( )

## 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. Herhangi biri geçen hafta içinde gerçeklemediyse, puanlamayı hastanın bu durum karşısında vereceği tepki konusundaki ifadesine göre yapın. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

<b>Kaygı</b>	<b>Kaçınma</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Yok ya da çok hafif</li><li>2. Hafif</li><li>3. Orta derecede</li><li>4. Şiddetli</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kaçınma yok ya da çok ender</li><li>2. Zaman zaman kaçınıyorum</li><li>3. Çoğunlukla kaçınıyorum</li><li>4. Her zaman kaçınıyorum</li></ol>
<b>Kaygı Puanı</b>	<b>Kaçınma Puanı</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak</li><li>2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak</li><li>3. Dikkatleri üzerinde toplamak</li><li>4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak</li><li>5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak</li><li>6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek</li><li>7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak</li><li>8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek</li><li>9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi</li><li>10. Gözlendiği sırada çalışmak</li><li>11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak</li><li>12. Bir eğlenceye gitmek</li><li>13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak</li><li>14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması</li><li>15. Gözlendiği sırada yazı yazmak</li><li>16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak</li><li>17. Umumi yerlerde yemek yemek</li><li>18. Evde misafir ağırlamak</li><li>19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak</li><li>20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek</li><li>21. Umumi telefonları kullanmak</li><li>22. Yabancılarla konuşmak</li><li>23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak</li><li>24. Umumi tuvalette idrar yapmak</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak</li><li>2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak</li><li>3. Dikkatleri üzerinde toplamak</li><li>4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak</li><li>5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak</li><li>6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek</li><li>7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak</li><li>8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek</li><li>9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi</li><li>10. Gözlendiği sırada çalışmak</li><li>11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak</li><li>12. Bir eğlenceye gitmek</li><li>13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak</li><li>14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması</li><li>15. Gözlendiği sırada yazı yazmak</li><li>16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak</li><li>17. Umumi yerlerde yemek yemek</li><li>18. Evde misafir ağırlamak</li><li>19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak</li><li>20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek</li><li>21. Umumi telefonları kullanmak</li><li>22. Yabancılarla konuşmak</li><li>23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak</li><li>24. Umumi tuvalette idrar yapma</li></ol>

## WHOQOL-BREF(TR)

Ulusal Sürüm - Şubat 1999

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI  
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ  
CENEVRE

### SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?  Erkek  Kadın

Doğum tarihiniz nedir? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?  Hiç eğitim almadım  
 İlkokul-ortaokul  
 Lise veya eşdeğeri  
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hiç evlenmemiş    | <input type="checkbox"/> ayrı yaşıyor |
| <input type="checkbox"/> evli              | <input type="checkbox"/> boşanmış     |
| <input type="checkbox"/> evli gibi yaşıyor | <input type="checkbox"/> eşi ölmüş    |

Şu anda bir hastalığınız var mı?  evet  hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

\_\_\_\_\_ hastalık / sorun

**şimdi**, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerini karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

### Kimlik Bocalaması Değerlendirme Aracı (KBDA=KDDA)

Bu test 28 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede sözü edilen yaşantıların sizin ruhsal durumunuzla ne ölçüde uygunluk gösterdiğini, yani sizin düşünce ve duygularınızı ne ölçüde yansıttığını, o maddenin karşısındaki kutuya aşağıdaki sayılardan birini yazarak belirtin. Eğer bir maddenin birden fazla bölümü varsa, cevabınızı maddenin tümünü göz önüne alarak verin. Lütfen bütün maddeleri cevaplandırın.

Bana hiç uymuyor	: 1	Bana pek uymuyor	: 2
Bana biraz uyuyor	: 3	Bana oldukça uyuyor	: 4
Bana tümüyle uyuyor	: 5		

1. Kendimi tutarlı bir insan olarak görmekte zorlanıyorum. Değişik ortamlarda farklı biçimlerde davranıyorum ve bundan rahatsızlık duyuyorum. Bazen, hangi ortamda ya da hangi ilişkide gerçekten kendim olabildiğimi düşünüyorum.
2. Çok yakın olduğum insanları bile hep aynı gözle göremiyorum. Aynı kişi bir an sevimli ve dost olarak görünüyor gözüme, ama başka bir zaman sevimsiz ve düşman tavırlı olduğunu düşünüyorum.
3. Kendi doğrularımı ya da kendi yolumu bulabildiğimi sanmıyorum. Nasıl biri olmak ve nasıl bir geleceğe yönelmek istediğimden emin değilim. Bazen birine özeniyor ve onun gibi olmak istediğimi düşünüyorum. Ama bir süre sonra başka birine özenmeye başlıyorum.
4. Ufak tefek olaylar beni derinden etkiliyor. Bir şey beklediğim gibi olmayınca sanki yıkılıyorum, kendimi suçlu ve değersiz görüyorum, çok mutsuz oluyorum. Ama sonra iyi bir şeyler oluyor ve moralim bir anda düzeliyor, canlı ve neşeli oluyorum, kendime güvenim geliyor.
5. Çocukluk dönemlerimi düşündüğüm zaman garip bir kopukluk algılıyorum. Sanki geçmişte kalan çocukla ben aynı insan değilmişiz, farklıymışız gibi hissediyorum. Bu da içimde, yaşam sürecim sanki kopuk halkalardan oluşmuş gibi bir duygu doğuruyor.
6. Farklı insanlarla ilişkideyken farklı biçimde davrandığımı, bir bakıma farklı kişiliklere büründüğümü sanıyorum. Bu yüzden, olduğum gibi davranamadığımı, kendim olmayı beceremediğimi düşünüyorum ve davranışlarımı sahte buluyorum.
7. Bana en yakın insanların bile beni nasıl tanıdıklarından emin değilim. Bazen öyle geliyor ki; sanki her biri beni farklı bir insan olarak tanıyor. O zaman kimin beni gerçekten tanıdığını soruyorum kendime. Ama ben de kendimi tanıdığımdan emin değilim.
8. Kendi yolumda yürüdüğümden emin değilim. Bana uygun olmayan bir yola yönelmiş olmaktan



ve kendime yabancılaşmaktan korkuyorum. Hala kendimi arıyorum, yaşamda ne yapmak ve nasıl biri olmak istediğimi anlamaya çalışıyorum.

9. Geleceğe ilişkin planlar yaparken gerçekçi olmayı pek beceremiyorum. Belki de hayallerimin peşinde koşmaktan vazgeçemiyorum. Gerçekler kuru, sıkıcı ve bazen de ürkütücü geliyor. Yakınımdaki insanlar ayaklarımın yere basmadığını söylüyorlar.
10. Geleceğimi etkileyecek konularda karar vermekte zorlanıyorum. Çünkü bana uygun olanı seçtiğimden bir türlü emin olamıyorum. Bazen bir şeyi yapmaya karar veriyorum ama bir türlü harekete geçemiyorum.
11. Şu anki halimden ve izlediğim çizgiden pek hoşnut sayılmam. Kendimden beklediğim, yani yaşamda başarmak istediğim bu değildi ama daha iyisi elimden gelmiyor. Böyle giderse, yaşamda arzuladığı yere gelememiş biri olacağım.
12. Girdiğim çevrelerde yer edinebildiğimi sanmıyorum. Bana öyle geliyor ki; aile ya da arkadaş çevremde pek önemsenmiyorum, yani varlığımla yokluğum açısından onlar açısından pek bir fark yok.
13. En yakın ilişkilerimde bile, karşımdaki insanın beni gerçekten sevip benimsediğine güvenemiyorum. O öyle davranırsa bile içtenliğine inanamıyorum. Bir gün beni yüz üstü bırakmasından kaygılanıyorum. Belki bu yüzden insanlardan uzak duruyorum ve pek yakın arkadaşlıklar kurmuyorum.
14. Gelecekte beni güzel günlerin ve doyumlu ilişkilerin beklediğini düşünmeye çalışıyorum; ama olmuyor. Sanki zaman ancak düş kırıklığı ve kötü şeyler getirebilirmiş gibi geliyor.
15. Bazen sanki zaman çok hızlı geçmiş, ruhum büyüme fırsatı bulamamış ve çocuk kalmış gibi geliyor. O anlarda zamanı yavaşlatmak ya da durdurmak istiyorum. Zamana ayak uyduramama duygusu bende gereksiz bir telaş ve aceleciliğe neden oluyor. Bazen de kendimi çok yaşlanmış gibi hissediyorum.
16. Yaşamımı başkalarının istekleri ve beklentileri yönlendiriyormuş gibi geliyor. Sanki dizginlerim başkalarının ellerinde. Bu yüzden, bazen bir şeyi kendi isteğimle mi yoksa başkaları öyle istediği için mi yaptığımdan emin olamıyorum.
17. Özlediğim gibi biri olabileceğimden kuşkuluyum. Kendimde beğenmediğim pek çok yan var. Bu yüzden kendimden pek hoşnut sayılmam. Adamakıllı biri olmak için gereken niteliklere sahip olduğumdan emin değilim.
18. Sanki sürekli olarak dışardan kendimi izliyorum, ya da başkalarının beni nasıl gördüğünü düşünüyorum. Davranışlarımda, konuşmamda başkalarını güldürecek tuhaflıklar varmış gibi

geliyor. Bu biraz sıkılgan ve alıngan olmama yol açıyor.

19. Ne zaman bir amaca ulaşmak için hırslısam, sanki yanlış bir şeyler yapıyormuşum hissine kapılıyorum ve içimde bir huzursuzluk büyümeye başlıyor. Sonra da, yine yanlış bir amacın peşinden koştuğumu düşünüyorum ve vazgeçiyorum.
20. Kendimi büyümüş ve iş gücü sahibi biri olarak düşlediğim zaman içime bir sıkıntı giriyor. Artık yetişkin bir insan olduğumu düşünmeye ve öyle davranmaya çalıştığım zamanlarda da benzer huzursuzluğu duyuyorum. Bu yüzden yetişkinlik yıllarımda nasıl biri olacağımı bilmiyorum.
21. Bazen sanki kazanmak değil kaybetmek istiyormuşum gibi davranıyorum. Bir bakıma kendi kendimi çelmeliyorum, yani bindiğim dalı kesiyorum. Belki de başarılı ve sevilip sayılan biri olmayı istemiyordum.
22. Kendimi pek çok konuda yetersiz ve eksik hissediyorum. Bazen yeterince iyi yaptığım hiç bir iş olmadığını düşünüyorum. İlerde de hangi işte çalışsam çalışayım, işimin ustası olabileceğimi sanmıyorum.
23. Çoğu zaman, uğraştığım işleri boş ve anlamsız buluyorum. Bu yüzden, üzerime düşen işleri en iyi biçimde becermek ya da bir alanda başarılı olmak için yeterli çabayı gösteremiyorum. Bazen işeyaramaz biri olduğumu düşünüyorum.
24. Öğrenmem beklenen şeyleri öğrenebileceğime ve gelecekte mesleğimde yetkin olacağıma inanmıyorum. Öğrenmek, becermek ve başarmak için yeterli çabayı gösterememem belki bundan kaynaklanıyordur.
25. Bağlı olduğum bir arkadaş grubum yok. Hiç bir gruba giremiyorum, çünkü hepsinde bana ters gelen şeyler buluyorum ve gruptaki insalara güven duyamıyorum. Ayrıca, onların da beni güvenilir bulmayacaklarını ve aralarına almayacaklarını düşünüyorum.
26. Bazen kendimde karşı cinse ait özelliklerin bulunduğu duygusuna kapılıyorum. Öyle anlarda kendimi tam bir kız ya da tam bir erkek olarak düşünmekte zorlanıyorum. Sanki ikisinin arasında kalmışım gibi hissediyorum.
27. Ailemi bir kenara bırakırsak, çevremde görüşlerine saygı duyduğum, önerilerine kulak verdiğim ve sözünü dinlediğim bir kimsenin olmadığını söyleyebilirim. Böyle bir yol gösterici bulmak isterdim, ama kimsenin sözünü dinlemek istemiyorum. Ben de kimseye sözümü dinletemiyorum.
28. Neye inanacağımı tam olarak bilemiyorum. Hangi değerleri benimseyeceğim, hangi ilkelere tutunacağım konusunda kafam açık değil. Bazen hiç bir şeye inanmadığımı düşünüyorum. ○

zaman sanki yaşama tutunamıyormuşum gibi geliyor.

